

検③

## 心エコー予約票(他院依頼御案内)

氏名 \_\_\_\_\_ 様 検査予約日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ (曜日)

生年月日 \_\_\_\_\_ 受付時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 (時間厳守でお願いします)

☆検査当日の受付は**1階医事課窓口**です。

☆検査当日は、この予約票と検査依頼票、保険証、診察券(お持ちであれば)をご持参下さい。

☆検査当日は、当院の医師による問診を受けてからの検査となります。

☆検査日時に来院できなくなった場合は当院検査室にご連絡下さい。

### 心エコー検査について

心エコー検査とは胸部(心臓)に超音波を当てることにより心臓の動きを見る検査です。

痛み等は伴いません。

### ご注意

●検査時間30分程度です。

1: 食事等の制限等はありません。通常通りの食事、薬の内服をしてください。

2: 検査には着脱しやすい服装でおこしください。

その他不明な点がございましたら、問診時もしくは検査担当者にご相談下さい。

神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6  
独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院  
TEL 0465-63-2211 地域医療連携室(内線1812)

2020.9

【コピー使用可】