

# 心臓超音波(UCG)

- ①検査実施日：月曜日、木曜日(午後のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

### 心臓超音波検査申込書(問診票)

①病・医院控え

検査予約日		年	月	日	午前・午後	時	分
受診者氏名					病・医院名		
生年月日	T・S・H	年	月	日(才)	医師名		
性別	男	女			ID No.		
住所					Tel.		

問診 (1) 今までに医師から心臓が悪いと言われたことがありますか。 はい ・ いいえ  
 「はい」と答えた人は以下の質問に答えてください。  
 1) それはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_ 才頃  
 2) 病名は何と言われましたか。 \_\_\_\_\_  
 3) その後どうしていますか。  
 1 心臓がわるいと言われたがそのまま放置している。  
 2 一時通院治療したが今は中断している。  
 3 手術・治療によって病気が治ったと言われた。

問診 (2) 今までに医師から高血圧と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (3) 今までに医師から高脂血症と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (4) 今までに医師から糖尿病と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (5) 今までに医師から脳血管障害と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (6) 最近(過去1年間で)、次のようなことがありましたか。  
 1) 胸の奥が突然しめつけられる感じ、つまる感じ、不快な感じになることがあった。 はい ・ いいえ  
 2) 階段や坂道を普通の速さで登っても苦しくなったり、息切れしたりした。 はい ・ いいえ  
 3) 脈が乱れたり、あるいは急に心臓がはやく打つことがあった。 はい ・ いいえ

心臓超音波検査の目的、主訴、病歴、手術歴等

画像返却様式：  フィルム  CD-R  ドクターウェブのみ  
 診断レポート：  要  不要

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990

- ④前 処 置：特にありません。  
心電図がありましたら検査申込書と一緒に提出して下さい。
- ⑤結果報告日：10日ほどかかります。