

心臓超音波検査(心エコー検査)申し込みのご案内

検査予約FAX申込書に必要事項をご記入の上、患者サポートセンターへ送信してください。

FAX番号 : 025-234-0022

FAX受付時間 : 24時間受付対応。18時30分以降は翌日返信します。

心エコー検査は16時30分までにお申し込みください。

土、日、祝日、年末年始はお休みさせていただきます。休み明けに返信します。

TEL番号 : 025-234-0011(直通)

TEL受付時間 : 8:30~18:30

検査申込について

① 心エコー検査FAX申込書を使用してお申し込みください。

記入事項 ○ 病名 ⇒ 可能な範囲でご記入にご協力をお願いします。
ご記入が難しい場合はお電話でお伝えください。

○ BNP値 または NT-proBNP値

○ 症状 ⇒ 該当するものに○をつけてください。

② 検査日を確定したのち、検査予約票とがんセンター来院予約票をFAXで送付します。

③ 診療情報提供書のご準備をお願いします。検査当日にご持参ください。

※ 料金についてのおおよその目安は下記となります。

1割負担1200円程度 2割負担2400円程度 3割負担3500円程度

検査当日の手順 (検査時間は20分程度、受付から会計まで1時間程度で終了します)

① 診療情報提供書原本、検査予約票、がんセンター来院予約票をご持参ください。

② 医事受付で手続きしてください。

③ 生理検査室で受付し、心エコー検査を受けます。

④ 会計して帰宅します。

検査後の結果送付について

検査結果について、2週間以内に下記の文書を送付いたします。

○ 診療情報提供書

○ 生理検査レポート(心臓超音波検査結果)