

八戸赤十字病院 心臓マネージメントシステム

FAX

年 月 日

送信先 八戸赤十字病院 地域医療連携室

病院名 _____

FAX 番号 (0178)27-8080

医師名 _____

電話番号 (0178)27-3111

FAX 番号 _____

16時以降に届いた FAX は翌日の対応になります。

電話番号 _____

・原則胸部 Xp 写真、心電図を心疾患スクリーニング及び基本データの保存目的に施行します。

要件

配布先 八戸赤十字病院 循環器科外来

検査項目：○に✓、部位選択には○をお願いします。

検査希望日 ない・ある ① 月 日 AM PM ② 月 日 AM PM ③ 月 日 AM PM

患者さんの連絡先：TEL:自宅 or 携帯：_____

○経胸壁心エコー図 (毎日 AM PM)

○ホルター心電図 (月～木 AM PM)

○ABI (毎日 AM PM)

○トレッドミル運動負荷試験 (水 木 PM)

○心筋シンチ負荷試験 (エルゴメーター or 薬剤)または 安静時 (火～金)

○血管エコー 部位{頸部・腎動脈・下肢動脈・下肢静脈} (毎日 PM)

○CT 検査 単純 or 造影

部位：頭部・胸部・冠動脈石灰化・腹部・骨盤部・胸部～骨盤部・下肢動脈・下肢静脈 (毎日)

冠動脈 CTA(毎日 PM14:30 以降)

※検査の都合上心筋シンチは外来翌日の検査となります。また、不安定な胸部症状などあった場合は外来診察医の判断で検査内容変更する場合があります。複数の検査を希望される場合は連日になる場合がございます。

◆患者名 (_____) ◆年齢 (____)歳 ◆性別 男性・女性

◆病名(必須) _____ 当院受診歴 有 無

◆血液検査(造影検査をご希望する場合) BUN(____) CRE(____) or 当日：ビグアノイド剤内服 有 or 無

◆臨床経過について簡単に記載をお願いします。

注意：この用紙とカルテの表紙など患者さんの住所・生年月日・保険のわかるもの・連絡先を添付して送ってください。ご不明な点があれば、気軽に循環器内科外来までお尋ねください。