八戸赤十字病院　心臓マネージメントシステム（診療情報提供書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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 | (0178)27-8080 |  | 医師名 |  |
| TEL | (0178)27-3111 |  | FAX |  |
| 16時以降に届いたFAXは翌日の対応になります。 | TEL |  |
| ・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【　頚部　腎動脈　下肢動脈　下肢静脈　】　（毎日　PM）

[ ] CT検査　単純　or　造影

[ ] 冠動脈CTA　（毎日　PM14:30以降）

部位： 頚部　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）

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

※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を変更する場合もあります。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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ： |  | 生年月日： | 年　　月　　日 |
| 患者氏名： |  | 年齢： |  | 歳 | 性別： | 男　・　女 |
| 病　名： |  | 当院受診歴： | 有　・　無 | 身長： | 　　㎝ | 体重： | ㎏ |
| 備考：（経過や既往など、必要がありましたら簡単で構いませんので記載をお願いします） |
|  |