

JCHO大阪病院 負荷心筋血流シンチ予約申込書

地域連携室 TEL : 06-6441-5463

申込日 年 月 日

地域連携室 FAX : 06-6441-0512

紹介元	医療機関名	医師名	
	住所	電話番号	
患者	ふりがな	性別	生年月日
	お名前	男	大正・昭和 平成・令和 西暦 年 月 日
		女	電話番号
	JCHO大阪病院 受診歴 (旧 大阪厚生年金病院)		<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
傷病名 (主訴又は病名)			
検査希望日	検査は月曜日・木曜日・金曜日に施行しています ① 年 月 日() <input type="checkbox"/> 特に希望なし ② 年 月 日()		
検査指示内容 <input type="checkbox"/> 内にチェック ✓ をしてください			
<p>負荷心筋血流シンチグラフィ(²⁰¹Tl)について、負荷の方法を基準に従って選択し、電話またはFAXでお申し込みください</p> <p><input type="checkbox"/> 運動負荷(自転車エルゴメーターを使用)</p> <p>○ 十分な運動負荷が可能な方</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤負荷(アデノシン:血管拡張薬を使用)</p> <p>○ 整形外科疾患や高齢などで十分な運動が不可能な方</p> <p>○ 大動脈瘤や大動脈弁狭窄症などの運動負荷が禁忌の方</p> <p>○ 完全左脚ブロックやペースメーカー留置後の方</p> <p>以下の場合は薬剤負荷を避けてください</p> <p>× 気管支喘息、ネオフィリン製剤を内服中</p> <p>× 高度房室ブロック</p> <p>× ジピリダモール(ペルサンチン)内服中</p> <p>※ 検査費用は3割負担の方で約3万円が必要です。</p> <p>※ 高額な薬剤を使用しますので、キャンセルする場合は予約日の前日(月曜日の場合は金曜日)の12:00までに必ず連絡するよう、患者様にお伝えください。</p>			

- ★ 予約日時が確定後、「予約予約票」「検査説明書」をFAXでお送りします。
患者様へお渡しいたごき、受診当日にご持参くださいますよう、お伝えください。
- ★ 平日9:00~19:30以外(時間外・休日)の着信分は、翌平日の対応となります
お問合せ: JCHO大阪病院 地域連携室 TEL:06-6441-5463(直) / 06-6441-5451(代)