

電話:06-6441-5463(地域連携室) ①電話で検査指示内容を聞き取り、検査日を確定 ②予約通知書等をFAXで送信します

FAX:06-6441-0512(地域連携室) ①この用紙へ必要事項を記入しFAX ②予約通知書等をFAXで送信します

※ 平日19:30以降、土日祝の着信分は、翌平日の対応となります

紹介元	医療機関名		医 師 名	
	住所		電話番号	
患者	ふりがな		大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日生
	氏名	男	電話番号	
		女		
	JCHO大阪病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有り → 診察券番号	[]	
	(旧 大阪厚生年金病院)	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 不明	
	傷病名 主訴又は 病名			※ 検査当日は、循環器内科宛の診療情報提供書をご持参ください
検査希望日	※ 検査実施曜日：月・木・金			
	① 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()		
	② 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望無し		

検査指示内容 内に✓を記入してください

負荷の方法を以下の基準に従って選択してください。

運動負荷(自転車アルゴメーターを使用します)

十分な運動が可能な方

薬剤負荷(アデノシン:血管拡張薬を使用します)

十分な運動が不可能な方 (整形外科疾患、高齢など)

大動脈瘤や大動脈弁狭窄症などの運動負荷が禁忌の方

完全左脚ブロックやペースメーカー留置の方

以下の方は薬剤負荷を避けてください

× 気管支喘息、ネオフィリン製剤 内服中

× 高度房室ブロック

× ジピリダモール (ペルサンチン) 内服中

注意事項 ※ 以下の点を、患者様にお伝えください (予約通知書にも記載しております)

● 検査費用は3割負担の方で約3万円となります

● 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 (月曜の場合は金曜) の12:00までに必ず連絡して下さい