

JCHO大阪病院 負荷心筋血流シンチ 予約申込書

申込日 年 月 日

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	年	月
	氏名	平成・令和 西暦	年	月
		性別	男	日生
	JCHO大阪病院 受診歴		診察券番号	
(旧 大阪厚生年金病院)		電話番号		
検査希望日	傷病名	※ 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		
	主訴又は病名			
※ 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**