

# 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	
		FAX 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(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(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4万円となります
- 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