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(地域医療支援センター)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(地域医療支援センター)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

※ 地域医療支援センターの営業時間外は、翌平日の対応となります

紹介元	医療機関名 住所	医 師 名 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 女	電話番号	
	JCHO大阪病院 受診歴（旧 大阪厚生年金病院）　□ 有り ➡ 診察券番号 □□□□□□□－□　□ 無し　□ 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（　）　□ 都合の悪い日（　） ②　年　月　日（　）　□ 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）

- 検査の**前日21時以降**はカフェインを含む飲食物（コーヒー、緑茶、チョコレート）は控えてください。
- 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

2026.04改訂