

検査予約申込書

医療法人サンプラザ 新札幌循環器病院
 患者サポートセンター 宛て
 〒004-0052
 札幌市厚別区厚別中央2条4丁目9-25
 [患者サポートセンター直通]
 TEL (011) 892-1576
 FAX (011) 892-1583

ご紹介元医療機関

機関名	
住所	
TEL	
FAX	
担当者	

患者様情報

フリガナ		住所	
氏名	(男 ・ 女)	TEL	① (自宅・携帯・職場)
生年月日		TEL	② (自宅・携帯・職場)
当院受診歴 (有 ・ 無)			
身長	cm	体重	kg

① 予約希望内容 (医師記入) ※ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

<input type="checkbox"/> 入院	
<input type="checkbox"/> 外来	
ご都合の良い日・悪い日について [_____]	
<input type="checkbox"/> 心筋シンチ	[薬剤 ・ 運動 ・ 安静]
<input type="checkbox"/> CT	[心臓 ・ その他 (_____)]
<input type="checkbox"/> エコー	[心臓 ・ 下肢 (静脈 ・ 動脈) ・ 頸部 ・ 腹部]
<input type="checkbox"/> CAG	
<input type="checkbox"/> ad hoc PCI	
<input type="checkbox"/> その他	[_____]
※検査結果の説明 [ご紹介元 ・ 新札幌循環器病院]	

② 既往歴 (看護師/事務記入)

・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり [_____]
・喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
※緑内障のある方は、ミオコールスプレー使用が可能か、眼科に確認が必要です。		
・低血圧 (収縮期血圧が100以下)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・徐脈 (60以下)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (医師に確認をお願いします)

③ 添付 (FAX) 書類

<input type="checkbox"/> 診療情報提供書	
<input type="checkbox"/> 処方箋コピーとお薬手帳コピー (他院薬も含め)	
<input type="checkbox"/> 血液検査結果	
<input type="checkbox"/> 造影剤同意書 (造影CTのみ) ※原本は当日持参ください	
<input type="checkbox"/> その他 [_____]	

※採血結果にて腎機能低下時には、医師に造影剤使用可能か確認のうえ、申込み頂きますようお願い致します。

検査後CD-ROM作成、診療情報提供書とCD-ROMをご紹介元医療機関へ郵送

[新札幌循環器病院記入欄]

<input type="checkbox"/> 糖尿病薬	[_____]] 当日のみ
<input type="checkbox"/> メトホルミン系薬剤	[_____]] 当日から3日間
<input type="checkbox"/> NSAIDs薬剤	[_____]] 前後1日間 (計3日間)
<input type="checkbox"/> ギャルティア・ウロミテキサン・バイアグラ・レピドラ・シアリス	[_____]] 2日前より休薬、翌日再開