

岩手県立中部病院（循環器内科検査）予約申込票

連携医療機関名：

フリガナ 紹介患者氏名	様	電話	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月 日

第一希望	月	日	午前
第二希望	月	日	午前

希望される検査（下記検査の際に心電図、胸部レントゲン、ABIも施行させていただきます。）

1 冠動脈CT（造影）	3 ホルター心電図	
2 経胸壁心臓超音波検査	4 トレッドミル運動負荷検査	※トレッドミルは月曜日のみ実施
紹介元での検査結果説明	中部病院での説明を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

造影検査に関する質問（造影剤使用を申込の際は、下記項目を必ずご記入ください。）

1 造影剤を使った検査を受けたことがありますか。
 ない ある（ 頃、 の検査）
 その時は具合が悪く
 ならない なった（吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・血圧低下・その他）

2 下記のうち、該当するものはありますか。
 薬物過敏症 なし あり（種類 ）

3 下記のうち、かかったことがあるものはありますか。
 ない
 ある → 特に現在治療を受けている場合は下記の項目をチェックしてください。
 喘息 花粉症 アトピー
 食べ物による蕁麻疹（ ）
 その他のアレルギー性疾患（ ）
 甲状腺の病気 心臓病 心房細動 心房粗動 糖尿病
 ※ 糖尿病の場合 内服（ ） 注射
 ビグアナイド系糖尿病用剤の内服 なし あり

4 下記の検査のデータをお知らせください。 検査： 年 月 日
 腎機能検査 感染症検査
 血清BUN (mg/dℓ) HBs 未 済 (+ -)
 血清クレアチニン (mg/dℓ) HCV 未 済 (+ -)
 TP 未 済 (+ -)

○ 医療機関の皆様へ

- ※ 予約申込票へ希望日時、必要事項を記入のうえ、貴院カルテの表紙又は保険証のコピーと診療情報提供書を共に地域医療連携室宛にFAX送信をお願いします。
- ※ 当院から返信します検査予約票及び「検査を受けられる患者さんへ（No.2）」のチェックのついている項目を説明していただき、患者さんへお渡しください。
- ※ 検査当日は、検査予約票、診療情報提供書、保険証を持参にて来院するようお願いください。
- ※ 予約日に来られない場合は早めにご連絡くださるようお願いください。

岩手県立中部病院 地域医療福祉連携室

TEL：0197-71-1511 FAX：0197-71-1881（連携室専用）

受付時間（月～金）AM8：30～PM5：00（休日は除く）