

 (一財) 宮城県成人病予防協会 附属 仙台循環器病センター

診療・検査予約申込書 (兼) 診療情報提供書

FAX番号 **022-372-2357** (総合連携室直通) TEL番号 022-372-1111 (代表番号)

【送信日】

年 月 日

【送信元】

医療機関名 :

所在地 :

電話番号 :

FAX番号 :

医師氏名 :

【送信先】

仙台循環器病センター 総合連携室
〒981-3133 仙台市泉区泉中央一丁目6-12
TEL 022-372-1111 (代表)
FAX 022-372-2357 (直通)

患者基本情報

*患者さまへの連絡・事前のカルテ作成に使用いたします。情報の取り扱いには、十分留意いたします。

フリガナ		性別		大正					
氏名	様	男・女	生年月日	昭和	年	月	日	歳	
住所	〒 — —								
電話	— —		携帯電話	— —					
* 傷病名・紹介目的・症状経過等ご記入ください <input type="checkbox"/> 詳細は別紙参照									
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									
来院時ADL	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器、杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー								

下記にチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> TELにて予約確定済み	予約日時 :	月	日 ()	:		
<input type="checkbox"/> 予約調整希望	第1希望	月	日 ()	第2希望	月	日 ()

※裏面もご記載ください

◆診療予約 *ご希望の診療科に○をつけてください

希望科	診療科	備考
	循環器内科	月～金曜日 午前
	心臓血管外科	月、水、木曜日 午前
	外科、消化器外科	火、木、金曜日 午前
	呼吸器内科	月～金曜日 午前

◆専門外来予約 *ご希望の専門外来に○をつけてください

希望科	診療科	備考
	下肢静脈瘤外来	月曜日、木曜日 14:00/14:30 ※診察と別日で事前に下肢超音波検査をおこないます

◆検査予約 *ご希望の検査項目に○をつけてください

希望項目	検査項目	備考
	CT	部位： <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸腹骨盤部 造影： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	心臓（冠動脈）CT	
	腹部超音波検査	腹部超音波検査と内視鏡検査は組み合わせて、1日での検査が可能です
	上部内視鏡	組み合わせ希望の場合は、2箇所○をつけてください
	下部内視鏡	下部内視鏡検査の場合は、検査食・下剤を患者さまへ郵送いたします
	上部 + 下部内視鏡	検査後は消化器担当医師から、検査結果の診察をおこないます

《CT検査の場合》

●造影剤アレルギー なし あり●腎機能障害 なし あり

※検査をされている場合は血清クレアチニン数値をご記入ください。

血清クレアチニン mg/d l 検査日： 年 月 日

●糖尿病薬内服または注射の有無 なし あり（薬の名前： ）

※ビッグアノイド系薬は休薬期間が必要となります。休薬を要する場合は患者さんへご連絡いたします。

《内視鏡検査の場合》

●抗凝固薬・抗血小板薬内服の有無 なし あり（薬の名前： ）

※ワーファリン内服の場合は、内視鏡検査前に採血をおこないます

●糖尿病薬内服または注射の有無 なし あり（薬の名前： ）

検査の結果治療(ピロリ菌除菌、ポリープ切除等)が必要となった場合、そのまま治療を希望されますか？

 希望する 希望しない