（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）

【送信元】

医療機関名 ：
所　在　地 ：
電 話 番 号 ：
ＦＡＸ番号 ：
医 師 氏 名 ：

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	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日　　歳 平成
氏名	様	男 ・ 女		
住所	〒　　ー			
電話	ー　　ー		携帯電話	ー　　ー

＊傷病名・紹介目的・症状経過等ご記入ください　☐ **詳細は別紙参照**

来院時ADL	☐ 自立歩行　☐ 歩行器、杖歩行　☐ 車イス　☐ ストレッチャー

下記にチェックをお願いします

☐ TELにて予約確定済み　予約日時：　　月　　日（　　）　　：		
☐ 予約調整希望日	第1希望　　月　　日（　　）	第2希望　　月　　日（　　）
	第3希望　　月　　日（　　）	第4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、木曜日　　午前
	外科、消化器外科	火、木、金曜日　　午前
	呼吸器内科	火、木曜日　　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：　□ 胸部　□ 腹部骨盤部　□ 胸腹骨盤部　造影：　□ あり　□ 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箇所に○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。
		認知機能低下等により、当院スタッフによる対面での事前の検査説明が必要な場合はご相談下さい。
	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》

【1】造影剤アレルギー　□ なし　□ あり

【2】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、ｅＧＦＲ数値をご記入ください。

・血清クレアチニン	mg/dl	検査日：	年	月	日
・ｅＧＦＲ	mL/min/1.73m^2	検査日：	年	月	日

【3】糖尿病薬内服または注射の有無　□ なし　□ あり　（薬の名前：　　）

※ビグアナ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》

【1】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。

※抗凝固薬・抗血小板薬を内服中の場合、下記【3】の検査当日の大腸ﾎﾟﾘｰﾌﾟ切除はできません。自動的に【3】は、「希望しない」になります。

【2】糖尿病薬内服または注射の有無　□ なし　□ あり　（薬の名前：　　）

【3】下部内視鏡検査実施時に、小さいポリープがあった場合、その場で切除を希望しますか？

【ご注意】ﾎﾟﾘｰﾌﾟ切除をした場合、1週間は、運動(ｼﾞｮｷﾞﾝｸﾞ、ｺﾞﾙﾌなど)、旅行と出張(飛行機、新幹線など)は控えてください。

□ 上記の【ご注意】に同意のうえ、希望する（※検査当日に、ﾎﾟﾘｰﾌﾟ切除について医師から改めて説明があります）

□ 希望しない