

心筋 SPECT 検査申込書

※患者間違いを防ぐために当院「**受診歴の有無**」「**患者 ID**」を出来るだけ記載いただくようご協力お願いいたします。

【患者情報】

↓当院の患者 ID が分かれれば記載してください

当院の受診歴：無・有→ 患者 ID(_____ - _____)

フリガナ _____

氏名 _____ (男・女)

生年月日 T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

住所 H・R _____
[] [] [] - [] [] []

(TEL _____)(携帯 _____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 科 _____

TEL _____ (_____)

FAX _____ (_____)

外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

【希望日】いつでも良い 希望日 (① _____ ② _____) 不都合日 (_____)

【検査種別】

心筋血流 SPECT (運動負荷 薬剤負荷 安静)

※使用薬剤 Tc-99m-tetrofosmin Tc-99m-MIBI Tl-201

心筋交感神経 SPECT (I-123-MIBG)

心筋脂肪酸代謝 SPECT (I-123-BMIPP)

【心臓疾患】 (_____)

労作性狭心症 (疑い) 安静時狭心症 (冠攣縮性・異型・疑い) 心筋梗塞

心筋症 (拡張型 肥大型 高血圧性 その他 (_____))

心サルコイドーシス

心筋交感神経障害 (パーキンソン病 レビー小体病 その他 (_____))

たこつぼ型心筋症 その他 (_____)

【その他】 気管支喘息(既往を含む) ペースメーカー 除細動器

【入院中】 である でない

臨床経過、検査目的 (貴院の書式(別紙)でもかまいません)

【使用している薬剤】

Ca拮抗剤 (_____) β遮断剤 (_____)

スタチン (_____) ACE阻害剤 (_____)

亜硝酸剤 (_____) 抗血小板薬 (_____)

【治療歴】

冠動脈バイパス術 (_____)

ステント留置 (ステント詳細： _____)

○左前下行枝(LAD) ○左回旋枝(LCX) ○右冠動脈(RCA) ○その他(_____)

JA 長野厚生連佐久総合病院 **佐久医療センター**

TEL 0267-62-8181(代表) TEL 0267-88-7316(連携室直通)

高機能診断センター
FAX 0267-88-7219

地域医療連携室
FAX 0267-88-7248