

(神戸掖済会病院 紹介用)

負荷心筋シンチ RI検査依頼書 保険証は必ずご持参下さい。

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏 名	神戸掖済会病院受診歴
様 男・女	有 (ID.) 無
生年月日	年 月 日生 (歳)
〒 住所	連絡先 () -
☎ 自宅 ()	-

検査希望日: 第一希望 月 日 第二希望 月 日
希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 ()

病名ないし疑い診断: 検査目的
身長 () 体重 () 糖尿病の有無 (有・無)
検査の種類 <input type="checkbox"/> 99mTc 薬剤負荷心筋シンチ
アデノシン負荷 検査の禁忌 <input type="radio"/> 薬物治療によっても安定しない不安定狭心症(急性冠症候群) <input type="radio"/> ペースメーカー治療の行われていないII度以上の房室ブロックや洞不全症候群 <input type="radio"/> 洞性徐脈(HR<40/min、相対禁忌) <input type="radio"/> QT延長症候群 <input type="radio"/> 低血圧(収縮期血圧<90mmHg) <input type="radio"/> 代償不全状態の心不全 <input type="radio"/> アデノシン、ATP、ジビリダモールに対する過敏症の既往症例 <input type="radio"/> 喘息等の気管支痙攣性肺疾患ないしその既往のある患者あるいはその疑いのある患者 <input type="checkbox"/> 上記禁忌項目は全て有りません。

申し込み先:神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411
FAX 078-781-7300