

心疾患診療マネージメントシステム予約申込票 FAX 用

～岩手医科大学附属病院・内丸メディカルセンター 共通～

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター
患者サポートセンター行き

FAX : 019-622-7701

令和 年 月 日

(送付枚数: 枚)

病院名

電話

医師名

FAX

フリガナ 患者氏名	男・女	年齢 歳	身長 cm	体重 kg	岩手医大の受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
病名 (必須)					
血液検査	<input type="checkbox"/> データあり: 月 日検査: BUN () mg/dL ・ CRE () mg/eGFR (造影剤を使用する検査の際はご記入ください。数値により検査できない場合もあります) <input type="checkbox"/> データなし→来院時に検査します				
喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※事故防止のため、喘息または造影剤アレルギーが「あり」の方に			
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用歴なし	当システムでの造影検査は行いません。外来へご紹介いたします。			
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
糖尿病薬	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
ペースメーカー・ICD・CRTD など	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> MRI 対応) <input type="checkbox"/> なし				
心電図検査	<input type="checkbox"/> あり→コピーの添付をお願いします <input type="checkbox"/> なし				
臨床経過等ご記載願います					

検査項目

<input type="checkbox"/> 内丸メディカルセンター	<input type="checkbox"/> 経胸壁心エコー図 <input type="checkbox"/> 冠動脈 CT (造影)	<input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> CT (非造影): 部位 (胸部・腹部・頭部)
<input type="checkbox"/> 岩手医大附属病院 (矢巾)	<input type="checkbox"/> 経胸壁心エコー図 <input type="checkbox"/> 冠動脈 CT (造影)	<input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> CT (非造影): 部位 (胸部・腹部・頭部)

希望検査日

検査希望日	<input type="checkbox"/> あり ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 <input type="checkbox"/> なし
-------	---

添付送信書類 (患者さんの下記情報を添付してお送りください)

①保険情報 ②処方内容 ③心電図のコピー

※担当医の判断により検査内容、検査場所を変更する場合があります。あらかじめご了承ください。

受付時間 平日 8:30~12:00 / 13:00~17:00
土曜 8:30~12:00

時間外に受信した FAX は翌日の対応となります。

(岩手医科大学附属病院の休診日は当センターも休業です)

FAX 受診から約 15 分で予約日時をご案内します。

<問い合わせ先>

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター
患者サポートセンターシステム担当までお気軽にお尋ねください
TEL: 019-613-6111 (内線 2138)