**ＣＴ・MRI検査申込書**

**心筋SPECT検査申込書**

※お申し込みは「高機能診断センター」「地域医療連携室」どちらでも出来ます。

【患者基礎情報】 【紹介元】

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 医療機関名

Ｍ･ＴＳ・Ｈ

生年月日　　　　　 　年 　月　 　日(　 　 　歳) 　 医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 　TEL 　 　　　( 　　)

　 　FAX 　　 　　( 　　)

TEL　　　　 　( 　　) 　　　　□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（□負荷（運動・薬剤）・□安静）**

（□Tc-99m-tetrofosmin（その他：Tl-201・Tc-99m-MIBI））

**□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( 　　　　)

**地域医療連携室**

**FAX 0267-88-7248**

**高機能診断センター**

**FAX 0267-88-7219**

JA長野厚生連佐久総合病院**佐久医療センター**

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