

# 大動脈弁狭窄症専用 事前診察申込書 FAX 024-547-1075

＜申込み受付時間＞ 月～金 9:00～19:00 土 9:00～12:00

電話番号(直通)024-547-1074

【予約受付時間外のお申込みにつきましては、翌診療日の受付となりますのでご了承ください。】

※診察は患者さんご本人しか行いません。ご本人の同意があってもご家族の方だけで受診することはできません。この申込書は地域連携用です。患者さんからの直接の申込はお受けしていません。

予 約 情 報	( ) 受診希望日			( ) 希望日なし
	( ) ご都合の悪い日			
	■紹介目的 (循環器内科宛)			
	( ) 1 TAVIもしくは開胸手術による大動脈弁置換術の治療依頼			
	( ) 2 大動脈弁狭窄症の重症度評価(中等度か高度か、判定困難な場合など)			
	( ) 3 その他( )			
	■大動脈弁狭窄症重症度(記載できる範囲で大丈夫です)			
	・心エコー (あり・なし)		・心臓カテーテル検査 (あり・なし)	
	① 大動脈弁通過最大血流速 ( ) m/s	① 冠動脈高度狭窄		
	② 左室-大動脈平均圧較差 ( ) mmHg	なし・あり ( )		
③ 大動脈弁弁口面積 ( ) cm <sup>2</sup>	②左室-大動脈平均圧較差 ( ) mmHg			
④ 左室駆出率 ( ) %	③大動脈弁弁口面積 ( ) cm <sup>2</sup>			
■その他の連絡事項があればご記入ください				
診療情報提供書は、 当日御本人持参で構いません。				

受 診 者 情 報	医大受診歴	有・無	医大患者ID	
	フリガナ			性別
	氏名	(旧姓 )		男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	生 歳
	住 所	〒 -		
	電話番号			

紹 介 元 医 療 機 関 情 報	名称及び住所		
	電話番号		
	FAX番号		
	医師名 <small>(出来るだけフルネームでのご記入をお願いいたします)</small>	科	先生

予約日程を調整のうえ速やかに①診療予約回答書と②診療申込書をFAXで返信いたします。①②は患者さんにお渡し願います。医師指定の場合などは、回答に時間がかかることがありますのでご了承ください。

(注1)放射線検査(CT、MRI)・核医学検査(RI)の予約を希望される場合は、指定書式の「検査依頼書」及び「同意書」も併せて送信してください。(指定様式が不明の際はご連絡ください。FAXにてお送りいたします。)  
 (注2)核医学検査の「心筋シンチ」は地域連携による予約はできませんので、まず循環器内科へご紹介ください。  
 (注3)PET検査のご予約については、PET検査室(024-547-1383)へご連絡ください。

この事前診察申込書に記載された患者さんの個人情報は、福島県立医科大学附属病院における患者登録及び診療予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意をいただいた上でお申し込みください。