

医療機関専用

心 血 管

ス ク リ ー ニ ン グ

外 来 の ご 案 内



福岡大学筑紫病院 循環器内科

心血管スクリーニング外来のご案内

毎々格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。
当院は地域医療支援病院の活動として、今後一層近隣医療施設との連携の充実・向上をめざしております。

この度、**毎週月曜～木曜の午後**に循環器内科医による心血管スクリーニング外来を開設致しました。是非、御活用ください。

対象疾患：心血管イベントハイリスク症例

- 高血圧症・糖尿病・脂質異常症などの動脈硬化促進因子を有する患者さんや心血管疾患の既往を有する患者さんを対象とします。
- 心血管疾患を早期の段階で発見することを目的とし、より早期に治療的介入を行うことを目指します。
- 検査項目は心電図・心エコー・頸動脈エコー・下肢動脈エコー・運動負荷心電図・ホルター型心電図・ABI/PWV・24時間血圧計・冠動脈CT・心筋シンチ等がございます。

申し込み方法

- FAXによる予約となります。
- 次ページの「心血管スクリーニング外来申込書」に必要事項をご記入いただき(別様式でも結構です)、下記担当まで **FAX いただきますようお願いいたします。**
 - ・原則、当日中もしくは翌日までに「予約票」をFAX致します。
 - ・予約当日は「予約申込書」「保険証・医療証」「お薬手帳」を持参するようにお伝えください。

【申込先・問合先】 福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター
TEL: 092-921-0911(直通) FAX: 092-921-0910

心血管スクリーニング外来申込書（診療情報提供書）

【患者情報】	【紹介元医療機関】
フリガナ：	施設名：
患者氏名：（男・女）	診療科：
生年月日： 明・大・昭 ・平 年 月 日（才）	TEL：
住 所：	FAX：
TEL（ ） -	医師氏名 先生

受診希望日	第一希望日（平成 年 月 日）
	第二希望日（平成 年 月 日）
	第三希望日（平成 年 月 日）
傷病名	
状態	身長（ cm） 体重（ kg）
	感染症（不明・無・有）
	腎機能異常（不明・無・有） 血清クレアチニン※1（ mg/dl）
	造影剤過敏（不明・無・有） 糖尿病治療薬の服用（不明・無・有）
症状経過	

検査実施項目

ご希望される検査にチェックをお願いします。

- 担当医に一任
- 心電図 運動負荷心電図 ホルター型心電図※2
- 心エコー 頸動脈エコー 下肢動脈エコー
- ABI/PWV ABPM (24 時間血圧計)
- 冠動脈 CT※2 心筋シンチ※2
- その他（ ）

● 検査項目が多い場合には、1日で検査が終了できない場合がございます。

● 冠動脈 CT は、心房細動等の不整脈がある方、腎機能障害のある方は施行できません。また、ビッグアナイド系糖尿病薬は検査前後 2 日間休薬する必要があります。

※1 冠動脈 CT を希望される場合、クレアチニン値を記載ください。

※2 ホルター型心電図、冠動脈 CT、心筋シンチにつきましては、当日に結果がでないため、説明は後日となります。

【申込先・問合先】 福岡大学筑紫病院 地域医療支援センター

TEL: 092-921-0911(直通) FAX: 092-921-0910