

生理検査外来申込書・診療情報提供書
 樺坂上医科歯科クリニック

申込日 月 日

樺坂上医科歯科クリニック 行

〒106-0046

東京都港区元麻布3-2-19モモンビル5F

FAX: 03-6804-2211 TEL: 03-6804-2225

e-mail: general@tokyo.kmdc

貴医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
ご担当医師名	

ふりがな		生年月日	年 月 日
患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
		日本語での会話	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
住所	〒	ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 続柄 ()
		自宅TEL	
		携帯TEL	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 自由診療
貴院次回診察日	年 月 日	身長・体重	cm kg

予約日時	月 日	時 分
------	-----	-----

※15分前に来院するようお伝えください

検査項目 該当する項目に☑をしてください

<input type="checkbox"/> 超音波エコー	<input type="checkbox"/> 心臓精査 (対象疾患:先天性心疾患、心臓手術後、心筋症など)
<input type="checkbox"/> 心臓スクリーニング (対象疾患:上記以外)	
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝胆道系 <input type="checkbox"/> 腎尿路系 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺
<input type="checkbox"/> 乳腺	
<input type="checkbox"/> 心肺運動負荷試験 ※プロトコールについて2枚目もご記入ください	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> エルゴメータ (同意書および3か月以内の心電図データをご持参ください)
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> エルゴメータ (同意書および3か月以内の心電図データをご持参ください)
<input type="checkbox"/> 24時間Holter心電図	ペースメーカ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ペースメーカ手帳をご持参ください)
<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面
<input type="checkbox"/> 腹部レントゲン	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面
<input type="checkbox"/> 四肢血圧(CAVI・ABI)	

病名・既往症 該当する項目に☑をしてください

<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 弁膜症	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)	<input type="checkbox"/> 心筋症	<input type="checkbox"/> 不整脈
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> CKD	<input type="checkbox"/> 肥満症 (BMI>30)	<input type="checkbox"/> 開心透析	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> その他()

検査目的 該当する項目に☑をしてください

<input type="checkbox"/> スクリーニング	<input type="checkbox"/> 心雑音	<input type="checkbox"/> 心電図異常	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ・呼吸困難	<input type="checkbox"/> 胸痛
<input type="checkbox"/> その他 ()					

結果報告方法 郵送 e-mail (PDF)

エコー画像データ 希望する

心肺運動負荷試験について - 樺坂上医科歯科クリニック -

心配運動負荷試験に関しては、当院の循環器医が事前に診察してから検査を行います。
問診上運動負荷が禁忌であると判断した場合は、検査が中止になることもございます。

当院では、エルゴメータを使用し症候限界まで運動負荷をかけて検査をおこないます。
安静4分、ウォーミングアップ4分、エクササイズ症候限界まで、リカバリー6分の構成です。
クールダウンは通常は行っておりません。
当院のレポートには運動処方箋(¥3300)も作成されます。不要な場合はお申し付けください。

- 心配運動負荷試験のプロトコールを当院の医師に任せる
心配運動負荷試験のプロトコールを指定する。→以下のご質問に☑をお願いします

心配運動負荷試験のプロトコールを指定する場合

1 検査目的

- 運動耐用能の測定 予後予測の評価 薬剤の忍容性確認 ペースメーカーの設定
運動処方(心臓リハビリテーションのため) 虚血の評価 その他

2 内服薬変更の有無

- 内服薬の変更なし
内服薬の変更あり

(変更内容: _____)

3 プロトコール

・エルゴメータを用いる場合

(10W+20Wとは、ウォーミングアップ10W、ランプ法20W/min)

- 0W+10W 10W+10W 20W+10W 20W+20W その他 _____ W+ _____ W

・トレッドミルを用いる場合

- TR2 TR3 TR4

4 終了基準

- 症候限界(PeakVO₂まで)
嫌氣的代謝閾値まで(ATまで)

5 クールダウンの有無

- クールダウンなし
クールダウンあり