

# 岩槻南病院 CAG・PCI 申込書

岩槻南病院

FAX : 048-798-8521

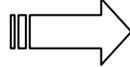
FAX送信日: 年 月 日

FAXはこの用紙を含め 計 枚

\*平素より大変お世話になっております。

CAG・PCIを申込まれる際には、事前に岩槻南病院 病診連携室 菅原 まで御連絡ください。  
また、申込書を送付される場合、診療情報提供書及び各種データ（血液検査、心エコー等）と併せて送付して頂きます様、宜しくお願い申し上げます。

① 電話にて連絡



② 申込書・診療情報提供書・データを送付

医師連絡先病院名: \_\_\_\_\_ 申込医師氏名: \_\_\_\_\_

患者イニシャル: \_\_\_\_\_ 生年月日: T・S・H 年 月 日 ( 歳)

- 1) 患者さんは岩槻南病院初診ですか? はい いいえ 不明
- 2) 患者さんは現在貴院に、入院中 外来通院中  
(診断: \_\_\_\_\_)
- 3) 施行依頼手技: CAG LVG 右心カテーテル PCI stand by CAG PCI  
下肢動脈造影 下肢血管形成術
- 4) 検査予定日: \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 2) 1) 腎機能障害はありますか? はい いいえ (はいの場合 Cr: \_\_\_\_\_ mg/dl ( 年 月 日))
- 2) 透析施行中の方ですか? はい いいえ  
(はいの場合: 透析日 月・水・金 火・木・土 その他( \_\_\_\_\_ ))
- 3) 糖尿病はありますか? はい いいえ (はいの場合 HbA1c: \_\_\_\_\_ mg/dl ( 年 月 日))
- 4) 糖尿病患者さんの場合、現在治療は? インスリン 経口薬 食事療法
- 5) 感染症の有・無: あり なし (ありの場合: \_\_\_\_\_)
- 6) 日常生活動作について: 問題なし 歩行介助必要 杖歩行 車イス 全介助
- 3) 1) 検査前の中止薬の指示はありますか?  
特になし あり (ありの場合: \_\_\_\_\_)
- 2) アプローチ部位の希望はありますか?  
右 左  
橈骨 上腕動脈 ソ径
- 3) 先生は検査・治療当日、手技時の立ち会いはされますか? あり なし

\*最終的な承諾書のサインは当院にて頂きますが、是非先生からも、検査・治療の必要性内容・危険性に関して御説明ください。  
\*当院では説明用のパンフレットを御用意しています。  
必要であれば病診連携室に御連絡ください。



御不明な点がございましたら御連絡ください。

医療法人 社団 幸正会 岩槻南病院  
TEL : 048-798-2001 (代)  
FAX : 048-798-8521  
病診連携室: 菅原