

横浜市立市民病院 循環器内科 宛 | ※封書宛先は左記のとおりお願いします。

血管スクリーニング検査申込用紙兼紹介状（診療情報提供書）

フリガナ 患者氏名： 様（男・女） 生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 住 所： 電 話：	紹介元医療機関の名称・所在地 〒 - 電 話： F A X： 医師名：
--	---

検査日時： 年 月 日（ 曜日） 時 分

[診断名、主症状、検査目的、指示などをご記載ください。]

- 経過観察中の病気にチェックを入れてください。
 糖尿病、 高血圧、 脂質異常症、 慢性腎臓病（CKD）、
 下肢動脈閉塞症（PAD）、 下肢静脈瘤
 喫煙 [現在も喫煙 禁煙後
 高尿酸血症
 その他病名を記入してください。（ ）
- 以下の病気を指摘されたことがないことをご確認ください。
クモ膜下出血既往、未破裂脳動脈瘤、胸・腹部大動脈瘤、大動脈解離
 確認済み
- 血液検査結果、健診結果を同封していただくと幸いです。
- 以下のスペースに処方箋のコピー又は処方内容のご記入をお願いします。

年 月 日

[お電話で検査予定日が確定いたしましたら、当日はご本人が持参するようご説明をお願いいたします。]

横浜市立市民病院患者総合サポートセンター
電話：045-316-6540

血管スクリーニング検査 問診票

氏名 _____ 様 (_____ 歳 男・女)

下記の症状、所見などに当てはまる場合には○を、当てはまらない場合には×を()内に記入してください。当問診票は血圧脈波検査を施行する際の危険を未然に回避する目的があります。検査当日に必ずご持参ください。

- () 足の静脈血栓症で治療中である。
() 大動脈痛と言われたことがある。
() 足に静脈瘤がある。

●本検査は、基本的には自覚症状はないが動脈硬化危険因子を有する「ハイリスク」な方を対象として、頸動脈、下肢動脈の動脈硬化が重症化する前に、軽症または未病のうちに発見・治療介入を行うことを目的に実施しているものです。

●ご自身で明らかに異常と思われる症状がある方は、通常の手続きで循環器内科外来の受診をしてください。

●血液検査結果や定期健康診断の結果をお持ちでしたら、ご持参ください。

横浜市立市民病院患者総合サポートセンター
電話：045-316-6540

この問診票は、検査当日にご持参ください。

血管スクリーニング検査・診察のご案内

検査日時: 月 日 () 12:45に
新患受付窓口へお越しください

あらかじめお渡しした問診票をご記入の上、ご持参ください。

当日の検査・診察は次の予定で行います。

- ①検査・診察のご説明【循環器内科外来】
- ②血圧脈波検査【生理検査室】
- ③下肢動脈エコー検査【生理検査室】
- ④頸動脈エコー検査【生理検査室】
- ⑤心電図検査【生理検査室】
- ⑥胸部エックス線撮影【画像診断受付】
- ⑦診察【循環器内科外来】

〈血圧脈波検査とは〉

四肢の血圧を測定し、下肢血圧の低下、左右差がないか調べる検査です。血圧低下がある場合には下肢動脈硬化に基づく狭窄、硬化が疑われます。

〈下肢エコー検査とは〉

足首と足の甲の動脈を超音波で検査し、血流を評価するものです。血流波形により動脈硬化がないかを検査いたします。

〈頸動脈エコー検査とは〉

頸動脈に動脈硬化のプラーク、狭窄病変がないかどうかエコーで検査をいたします。