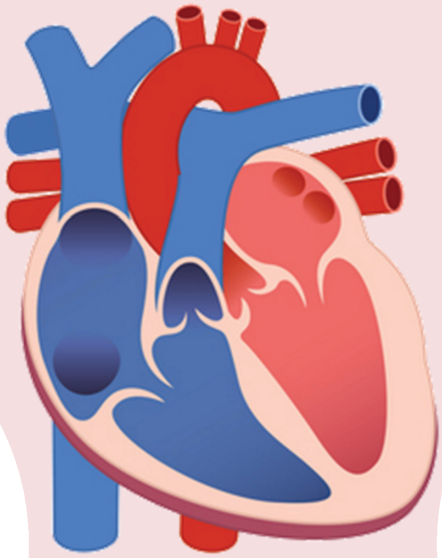
心臓血管カテーテル治療センター外来

当日検査・当日結果説明を行います

対象となる疾患



虚血性心疾患

閉塞性動脈硬化症

の疑いのある患者さま

ご予約は地域医療連携室にお願いいたします。

検査内容、受診の流れは裏面をご確認ください。

JA北海道厚生連
旭川厚生病院
心臓血管カテーテル治療センター

検査内容

・ＣＴ検査　・超音波検査

必要に応じて、心電図／ＡＢＩ／血液検査など

診療日

・毎週　水 曜日（予約制）

【予約窓口】地域医療連携室　0166-33-7575

受診の流れ

例）９：00来院の場合

9:00-10：00

血液検査

造影ＣＴ検査前にセロケン錠を内服

10:30-11:00

診察
検査説明

11:00-12:00

心電図*
ＡＢＩ検査*

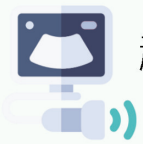
*必要に応じて実施

12:00-13:00

造影
ＣＴ検査*

*造影剤を使用

13:00-14:00*



超音波検査

*11:00-12:00の場合あり

14:00-15:00

結果説明

【以下について、予めご了承願います】

〇検査当日の混雑状況により、検査の順番が前後する場合がございます。
〇急患対応等により、検査時間が遅れる場合がございます。
〇診察の結果、別の検査をお勧めする場合がございます。
〇検査の結果、当日中に全ての説明ができない場合がございます。

FAQ

Q1. 水曜日以外でも受診可能でしょうか？？
A　当日結果説明のできる心臓血管カテーテル治療外来は、現在のところ水曜日のみです。
通常の循環器科外来は、月曜日から金曜日までの毎日午前11時30分まで受付しています。
特別な事情がある場合にはできる限り対応しますので、ご相談ください。

Q2. 9時に間に合わない場合には、受診できないでしょうか？
A　患者様のご都合に合わせて、可能な限り時間の調整を行います。
遠方などの理由がございましたしたら、ご相談ください。

Q3. 食事は可能でしょうか？
A　朝食は食べても大丈夫です。
昼食はＣＴ検査が終わるまで食べないでください。

令和　　年　　月　　日

診療予約申込書（診療情報提供書）
心臓血管カテーテル治療センター外来予約用

〒078-8211 旭川市1条通24丁目111-3
JA北海道厚生連旭川厚生病院
地域医療連携室　宛
電話　　0166-33-7575（直通）
FAX　　0166-33-8233（直通）

紹介元医療機関住所:
紹介元医療機関名称:
医師氏名 :
電　　話 :
F A X :

フリガナ		性別	当院受診歴
患者氏名		□ 男 □ 女	□ 有 □ 無
生年月日	□ 大 □ 昭 □ 平 □ 令　　年　　月　　日　　歳		
患者住 所	〒		
連絡先	自 宅:　　携帯電話:		
希望診療科	循環器科（心臓血管カテーテル治療センター外来）　※ 毎週水曜日9時のみ		
希望受診日	①　　年　　月　　日（水）　②　　年　　月　　日（水）		
患者の状況	□ 現在外来で返事（予約票）を待っている　□ 帰宅済み　□ 入院中		
	□ 歩行可能　□ 車イス使用　□ ストレッチャー		

注） お電話での予約も可能ですが、その場合も本紙をFAXにて送信してください。

ご紹介目的	□ 虚血性心疾患　精査・スクリーニング □ 閉塞性動脈硬化症　精査・スクリーニング □ その他 （　　）
症 状	□ あり （　　） □ なし
貴院での病名	□ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脂質異常症 □ 高尿酸血症 □ 慢性腎不全
血液検査結果	□ あり □ なし　※ 採血されている場合は結果を一緒にFAX願います
心電図	□ あり □ なし
その他検査結果	
処方内容	□ 薬剤情報添付あり　※ 造影剤の使用を判断するため、必ずご記載願います

その他特記すべき情報がございましたらご記入お願いいたします。

○ 予約が取れましたら『予約確認書』をFAXにて返信しますので、患者様へお渡しください。
○ 原本と検査結果や薬剤情報等は、受診当日患者様にご持参いただきますようお願いします。