

「ホルター心電図解析申込書」 変更のお知らせ

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび標記申込書につきまして内容を変更させていただくこととなりましたので、ご案内申し上げます。

何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

(記)

■ 変更期日 令和6年6月より 順次

※ 現行の申込書も、引き続きご使用いただけます。

■ 変更内容

変更箇所	新	旧
名称	ホルター心電図解析依頼書	ホルター心電図解析申込書
記録開始日時	「依頼項目」枠内に記入	「属性情報」枠内に記入
提出電子媒体の種類 (「属性情報」枠内)	USBメモリー DVD Blu-ray Disc	—
使用レコーダーの種類	フクダ電子(機種:FM0000) スズケン(機種:Cardy0000) 日本光電 フクダ エム イー フクダ電子 REFER (機種:FM0000)	フクダ電子(テープ) フクダ電子(デジタル) フクダME(デジタル) スズケン 日本光電 その他
記録媒体の返却指示	《削除》	テープ ・ カード
電極位置情報	《削除》	標準 ・ その他

■ 新「ホルター心電図解析依頼書」の見本 (縮小して掲載しております)

連絡欄	依頼日 年 月 日	ホルター心電図解析依頼書		CRC
	病医院コード	病医院名	病医院コード(手書用)	
	姓	生年月日	年齢	性別
	名	前回の記録No.	USBメモ	DVD Blu-ray D
	診療科	カルテNo.	指紋	
太枠内は必ず記入してください。	<p>依頼項目</p> <p>・必須 記録開始 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 解析のみ <input type="checkbox"/> 解析+専門医コメント <input type="checkbox"/> 解析+圧縮全波形 <input type="checkbox"/> 解析+圧縮全波形 専門医コメント</p> <p>・オプション CVHR ※SAS (睡眠時無呼吸症候群)を推測する指標 (就寝・起床 時~時) 24時間血圧 (就寝・起床 時~時) 運動評価(スズケン) (身長 cm ・ 体重 Kg) 小数点以下は、四捨五入し整数で記入</p> <p>使用レコーダー <input type="checkbox"/> 当社レコーダー使用 <input type="checkbox"/> 自院レコーダー使用 フクダ電子 (機種: FM) スズケン (機種: Cardy) フクダ エム・イー 日本光電 フクダ電子 REFER (機種: FM)</p> <p>ペースメーカー <input type="checkbox"/> DDD <input type="checkbox"/> VVI <input type="checkbox"/> AAI <input type="checkbox"/> その他</p> <p>検査目的 <input type="checkbox"/> 不整脈の検出 <input type="checkbox"/> 虚血性変化の検出 <input type="checkbox"/> 投薬治療に対する意見</p>			
	<p>基礎疾患</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胸部不快(異和)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部圧迫感・絞扼感 <input type="checkbox"/> 不整脈のみだれ</p> <p><input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 意識消失</p> <p><input type="checkbox"/> めまい・げんわく・フラフラ感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 脱力感</p> <p>該当項目がない場合ご記入ください。</p>	<p>臨床診断名または既往症</p> <p><input type="checkbox"/> 未定・なし <input type="checkbox"/> 心房粗細動(慢性・一過性)</p> <p><input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 房室ブロック(I° II° III°)</p> <p><input type="checkbox"/> 上室性期外収縮 <input type="checkbox"/> 洞機能不全(SSS)</p> <p><input type="checkbox"/> 心室性期外収縮 <input type="checkbox"/> 脚ブロック(右脚・左脚)</p> <p><input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> WPW(LGL)症候群</p> <p><input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 発作性上室性頻脈 <input type="checkbox"/> 狭心症(労作性・安静・安定・不安定)</p> <p>該当項目がない場合ご記入ください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 心筋梗塞(急性・陳旧性)</p> <p><input type="checkbox"/> 心筋症(肥大型・拡張型)</p> <p><input type="checkbox"/> 弁膜症</p> <p><input type="checkbox"/> 先天性心疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 心不全</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧(心)</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病</p>	
	<p>使用薬剤</p> <p>(薬剤名・投薬量等)</p> <p><input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> 亜硝酸製剤(硝酸塩剤)</p> <p><input type="checkbox"/> ジギタリス剤 () <input type="checkbox"/> 抗不整脈剤 ()</p> <p><input type="checkbox"/> β-遮断剤 () <input type="checkbox"/> 交感神経作働薬 イソプロレノール ()</p> <p><input type="checkbox"/> Ca拮抗剤 () <input type="checkbox"/> ACE ()</p>	<p>(薬剤名・投薬量等)</p> <p><input type="checkbox"/> ARB ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の降圧剤 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 利尿剤 ()</p> <p>該当項目がない場合ご記入ください。</p>	<p>(薬剤名・投薬量等)</p>	
	<p>主要経過及び解析希望事項</p>			

※ 生年月日の記入方法

(和暦の場合)

生年月日 明大晦平令 38年 6月 1日生

(西暦の場合)

生年月日 明大昭平令 1963年 6月 1日生

以上