

紹介先 河北総合病院

電話 03-3339-2152

冠動脈造影CT検査申込書・紹介状 (F A X : 03-3339-3573)

フリガナ			生年月日	年	月	日 () 才
患者氏名	様	男性	電話番号	自宅	—	—
		女性		携帯電話	—	—
住所	〒	—				

依頼検査	冠動脈 造影CT
【造影剤検査禁忌】 ◆ 喘息 ◆ ヨード過敏症 ◆ 腎機能異常 ◆ ビグアナイド系糖尿病薬服用中の場合「検査 2 日前・検査当日・検査後 2 日間」の 5 日間の服用を中止してください。	
■ 喘息の既往	なし ・ あり ⇒ 既往ありで検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください
■ ヨード過敏症	なし ・ あり ⇒ ありで検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください
■ 薬剤アレルギー	なし ・ あり ()
■ 腎機能	正常 (検査日[3ヶ月以内有効] 年 月 日 血中Cr値 mg/dl) 異常 ⇒ 検査できません
■ ビグアナイド系糖尿病薬服用	なし ・ あり ⇒ 患者さんに服用中止の指示をしてください
■ 感染症	なし ・ Wa ・ HB ・ HCV ・ 未施工
■ インスリンポンプ 持続血糖測定器	なし ・ あり ⇒ 共同利用検査はお受けできません 各診療科へご紹介ください
この検査で知りたい画像情報をお知らせください。	
臨床診断名及び検査目的等具体的に記載してください。	

紹介元医療機関名 (所在地・名称・電話番号)	記入日:	年	月	日
〒				
所在地	診療科名			
名称	医師氏名			
電話				