

共同利用 心臓CT検査 申込書 兼 紹介状

太枠内すべてご記入いただきFAXでの送信、また原本は患者さんへお渡しくださいますようお願いいたします。

患者さんへのご注意事項(下記事項を患者さんへお伝えくださいますようお願いいたします)

- 予約日時に当申込書をご持参のうえ、2階「心臓血管センター(24)」受付にお越しください。
 当日の朝食は6:00までにお済ませください。

予約日時 月 日 9:00

↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい

当院受診歴 無 有 不明

ID

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日	電話 番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他 ()	
病名・症状(主訴)		
腎機能	3か月以内採血： <input type="checkbox"/> あり (Cr:) ・ <input type="checkbox"/> なし (なしの場合、当院検査当日に採血結果を見てから検査となります。)	
	ビグアナイド製剤(メトホルミン等)の内服： <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (内服している場合は検査48時間前から48時間後まで中止をご指示ください)	
検査目的	<input type="checkbox"/> 狭心症スクリーニング	
	<input type="checkbox"/> PCI後スクリーニング	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(詳細:)	
	(検査当日はお薬手帳など内服歴の分かるものを持参されるようご指示ください。)	
その他(備考)		