

冠動脈造影CT検査依頼書(診療情報提供書)

送付先	射水市民病院 地域医療室	受付時間	9:00 ~ 17:00 (月~金)
TEL	0766 (82) 8100 内線 2310	FAX	0766 (82) 8764

紹介元医療機関名:	依頼医師名:
	電話番号
	所在地:

紹介患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住所		連絡先	自宅・携帯	-	-	

臨床診断	<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 (労作性狭心症・冠攣縮型狭心症・陳旧性心筋梗塞) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
------	--	--	--	--	--	--

検査依頼理由	<input type="checkbox"/> 狭心症の確定診断 <input type="checkbox"/> 以前に受けた治療(冠動脈バイパス術、冠動脈形成術)の経過観察 <input type="checkbox"/> 冠動脈狭窄のスクリーニング(動脈硬化危険因子あり) <input type="checkbox"/> 心機能評価 <input type="checkbox"/> 患者の希望 <input type="checkbox"/> その他 ()					
--------	--	--	--	--	--	--

検査希望日(希望があればお書き下さい)	平成 年 月 日
---------------------	----------

検査結果報告を CDにて	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
--------------	--

身長	cm	体重	kg	心機能(EF)	%
----	----	----	----	---------	---

頸動脈内膜肥厚(IMT)	mm
--------------	----

採血結果	BUN mg/dl, Cre mg/dl, HbA1c %	T-cho mg/dl, HDL-C mg/dl, LDL-C mg/dl, TG mg/dl
------	--	---

既往歴	心臓ペースメーカー植え込み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、人工弁置換 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (※アレルギーがある場合は検査を受けられない可能性があります) 喫煙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、心筋梗塞、狭心症の家族歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()			
-----	---	--	--	--

症状の経過 -参考所見など				
------------------	--	--	--	--

処方	<input type="checkbox"/> β 遮断薬 () <input type="checkbox"/> 硝酸薬 () <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 () <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 () <input type="checkbox"/> 抗高脂血症薬 () <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 () <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--

FAXを頂いてから およそ30分以内に決定書をお送り致します。