

# CT Angiography 診療情報提供書 (兼検査依頼書)

## ご紹介元医療機関

病院・診療所・医院・クリニック		科	先生
連絡先 電話	( )	ファックス	( )

## 患者さまの基本情報

フリガナ	性 別	男 ・ 女
氏名	生年月日	年 月 日
住所 〒	—	
連絡先 (日中連絡がとれる電話)	( ) (携帯・自宅・勤務先)	

## 検査の目的

部位 : 冠動脈・肺動脈肺静脈・胸部大動脈・腹部大動脈・腎動脈  
脳血管・上肢・骨盤下肢・その他 ( )

現在の臨床所見および検査の目的:

## 検査結果の

説明  紹介元で  明和病院で  
(いずれの場合にも画像データ、所見結果をご提供します。)

## 患者さまの既往歴等

ヨード造影剤による中等度以上の副作用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
治療を要するアレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
最近 ( 月 日 ) の血清クレアチニン値	mg/dl
eGFR 値によっては検査を見合わせます。	
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他、下記の既往歴もご留意ください。 ○甲状腺機能亢進症 ○心不全 ○糖尿病 ○腎疾患・腎手術 ○タンパク尿 ○高血圧 ○痛風 その他 ( ) <input type="checkbox"/> すべて該当しない <input type="checkbox"/> ✓項目が該当	
現在服用中の薬剤: <input type="checkbox"/> ビグアナイド系薬剤 検査前、48 時間の休薬が必要です。	

## 検査予約日時 (地域医療室からご案内します)

平成	年	月	日	曜 (午前・午後)	時	分	左記時刻の 30 分前には放射線科受付までお越しください。
----	---	---	---	-----------	---	---	-------------------------------

検査内容に関するお問い合わせは・・・

放射線科(CT 室)内線 2135 (または PHS 410 樽岡まで)

## 【ご予約の手順】

- ① 当院地域医療室にお電話をください。
- ② 検査日時をご案内いたします。
- ③ 本票に必要事項をご記入の上、下記にファックスを送信してください。  
※患者さまの保険情報等も送信いただけましたら、事前に当院カルテを準備しておきます。
- ④ ファックスにて予約確定とご来院の案内をお送りします。

◀ 明和病院 地域医療室 ▶

電話 0798 (47) 1767 (代表) ファクス 0798 (47) 1832 (直通)

※お手数ですが、コピーをしてご利用ください。

