心臓ＣＴ検査 予約申込書（診療情報提供書）

年　　月　　日

紹介先：汐田総合病院	紹介元：保険医療機関
〒230-0001	所在地
横浜市鶴見区矢向1-6-20	医療機関
総合ケアセンター室（地域連携）行	医師名　　　　印
TEL 045-574-1396	TEL
FAX 045-574-1509	FAX

予約日時
年　月　日　曜日　：　～

＊お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入ください。

紹介患者情報					
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年　月　日　歳	性別	☐ 男 ☐ 女
住所	〒　　-				
電話		携帯電話			

診療情報提供（傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考）			
病名・症状			
検査目的	☐ 狭心症スクリーニング　☐ PCI後スクリーニング　☐ その他（　　　）		
検査実施歴	☐ 有（経過観察）　☐ 無（初回）	感染症	☐ 有　☐ 無　☐ 未確認
腎機能	3ヶ月以内の採血検査 ☐ 有（Cr：　　）（eGFR：　　） ☐ 無（当日に当院にて実施し、結果を確認してから検査をします）		
内服	ビグアナイド製剤の内服☐ 有　☐ 無 ※内服している場合は、検査の48時間前から48時間後まで中止をご指示ください ※おくすり手帳など内服歴の分かるものを持参いただくようご指示ください		
薬物アレルギー	☐ 無 ☐ 有（詳細：　　）		
その他・備考	既往症　☐喘息　☐緑内障　☐前立腺肥大　☐甲状腺疾患		

※お電話でのご予約後に”心臓CT検査説明・同意書”をFAX致します。検査日に当院医師より説明をします。患者様へ目を通していただくようご案内いただき、お渡しください。