

FAX (0248)-75-3388

平成 年 月 日

診療情報提供書(冠動脈造影3D-CT検査依頼書)

公立岩瀬病院

紹介元医療機関名

内科 担当医先生御侍史

医師名

印

ふりがな 患者氏名	様 男・女		
生年月日	明・大・昭・平成	年 月 日( 才)	
住所	〒 -		
TEL			
<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故			
公費負担番号	.....	保険者番号	.....
公費受給者番号	.....	記号・番号	.....
一部負担の割合		本人・家族	

《傷病名・検査目的等》

下記項目の記入をお願いいたします。記入漏れがある場合は予約をお受け出来ないことがあります。

① 急性冠症候群(特にその中・高リスク)ではない。	( はい・いいえ )						
② 著しい冠動脈石灰化が予想される患者ではない。	( はい・いいえ )						
③ 腎機能障害がない。	( はい・いいえ )						
eGFR $\geq$ 60ml/min/1.73m <sup>2</sup> 血清クレアチニン値 <1.1男性、<0.8女性	<table border="1"> <tr> <td>血清クレアチニン値</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>kg</td> </tr> </table>	血清クレアチニン値	mg/dl	身長	cm	体重	kg
血清クレアチニン値	mg/dl						
身長	cm						
体重	kg						
④ 造影剤アレルギーがない。	( はい・いいえ )						
⑤ 喘息の治療中ではない。	( はい・いいえ )						
⑥ 心臓ペースメーカー植込み術を施行していない。	( はい・いいえ )						
⑧ 息止め指示の声掛けで10秒程度の息止めができる	( はい・いいえ )						
⑨ $\beta$ -ブロッカーの使用	( 可・不可 )						
⑩ 不整脈	( なし・あり ) (具体的に: )						
⑪ 心臓血管外科での手術をしていない。	( はい・いいえ )						
⑫ シルденаフィル(バイアグラ)、バルデナフィル(レビトラ)、タダラフィル(シアリス)を服用していない。	( はい・いいえ )						
⑬ 低血圧(収縮時血圧 90mmHg以下)、緑内障、脳出血、貧血(Hb 8.0g/dl以下)がない。	( はい・いいえ )						
⑭ ヒグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、検査日の2日前から造影剤投与後2日間の休薬ができる。	( はい・いいえ )						