

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

内科 担当医 先生御侍史

紹介元医療機関名

医師名

印

ふりがな 患者氏名	様 (男・女) 身長 cm・体重 kg		
生年月日	大・昭・平・	年 月 日(歳)	
住 所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
<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でき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)
※過去3か月以内の採血データ(血清クレアチニン・eGFR)をFAXしてください。	
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していない。	(はい・いいえ)
⑦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)
⑧βブロッカーの使用	(可・不可)
⑨不整脈	(あり・なし) (具体的に:)
⑩心臓血管外科での手術をしていない。	(はい・いいえ)
⑪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)
⑫低血圧(収縮時血圧90mmHg以下)、緑内障、脳出血、貧血(Hb 8.0/dl以下)がない。	(はい・いいえ)
⑬ヒグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、検査の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)