

地域医療室へ TEL後FAX

検査予約票をお待ちください。

診療情報提供書（冠動脈造影CT(心臓CT)検査依頼書）

平成 年 月 日

箕面市立病院 地域医療室 行
(FAX 072-728-8475)所在地
施設名
医師名
TEL
FAX _____

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
患者氏名		(男・女)				才

カルテ番号 _____ 一 _____ (箕面市立病院の診察券をお持ちの場合は、カルテ番号を記入してください。)

日 時	平成 年 月 日 ()	時 分
-----	--------------	-----

■ 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

(注) 血清クレアチニン測定値が1.5mg/dl以上は検査できません。

傷病名						
検査目的	<input type="checkbox"/> 安定型狭心症（労作性狭心症）、疑 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患（IHD）、疑 <input type="checkbox"/> PCI後フォローアップ（POBA,STENT） <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 不安定狭心症（U-AP）、疑 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞、疑（AMI、OMI、RMI） <input type="checkbox"/> CABG後フォローアップ（ ）		
既往歴、治療歴	心房細動：なし・あり（心房細動により画像評価できないことがあります。） 糖尿病：なし・あり ※ビグアナイド系糖尿病薬についてCT造影検査問診票（様式3-1）に記入してください。					
経過、検査結果など						
内服薬						
検査投薬	β遮断薬の投与 セロケン錠20mg：可・不可 / コアベータ注射薬：可・不可 硝酸塩（ミオコールスプレー）の投与：可・不可					
注意事項	心臓ペースメーカー：なし・あり（埋込部位を撮影範囲から除きます。） 腎機能：血清クレアチニン検査測定値をCT造影検査問診票に記入してください。 ※検査には「CT造影検査（ヨード造影剤）問診票（様式3-1）」と「CT造影検査（ヨード造影剤）説明書及び同意書（様式3-2）」が必要です。					
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見と画像 <input type="checkbox"/> 所見のみ ※画像はCD-Rとカラープリント数枚をお送りします。（フィルム不可）					

※お問い合わせ 箕面市立病院 地域医療室 〒562-0014 箕面市萱野5-7-1
 TEL：072-728-2001（代表） 072-728-2177（直通） FAX：072-728-8475