

**地域医療室へ TEL後FAX**  
 ※造影CTの問診票と説明書・同意書が必要です。



**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
	TEL	— —

カルテ番号						—	
-------	--	--	--	--	--	---	--

(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"/> 不安定狭心症（U-AP）、疑 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患（IHD）、疑 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞、疑（AMI、OMI、RMI） <input type="checkbox"/> PCI後フォローアップ（POBA,STENT） <input type="checkbox"/> CABG後フォローアップ <input type="checkbox"/> その他（ ）
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)