

冠動脈造影CT検査申込書・紹介状 (F A X : 03-3339-3573)

フリガナ			生年月日	年	月	日 () 才
患者氏名	様	男性	電話番号	自宅	-	-
		女性		携帯電話	-	-
住所	〒	-				

依頼検査	冠動脈 造影CT					
【造影剤検査禁忌】						
◆ 喘息 ◆ ヨード過敏症 ◆ 腎機能異常						
◆ ビグアライド系糖尿病薬服用中の場合「検査2日前・検査当日・検査後2日間」の5日間の服用を中止してください。						
■ 喘息の既往	なし ・ あり ⇒ 検査できません					
■ ヨード過敏症	なし ・ あり ⇒ 検査できません					
■ 薬剤アレルギー	なし ・ あり ()					
■ 腎機能	正常 (検査日[3ヶ月以内有効] 年 月 日 血中Cr値 mg/dl) 異常 ⇒ 検査できません					
■ ビグアライド系糖尿病薬服用	なし ・ あり ⇒ 患者さんに服用中止の指示をしてください					
この検査で知りたい画像情報をお知らせください。						
臨床診断名及び検査目的等具体的に記載してください。						

紹介元医療機関名 (所在地・名称・電話番号)			記入日：			年	月	日
〒	-							
所在地	_____		診療科名	_____				
名称	_____		医師氏名	_____				
電話	_____							