

診療情報提供用紙

(心臓血管センター 金沢循環器病院 CT 検査申込書)

紹介先医療機関名	紹介元医療機関名
心臓血管センター 金沢循環器病院 〒920-0007 金沢市田中町は 16 FAX. 076-253-0008 TEL 076-253-8088 (予約専用) TEL 076-253-8000 (代表) 循環器内科 新患外来担当医	医師名 ⑩

フリガナ 患者氏名	M T S H 生年月日 年 月 日 (男・女)
患者住所	
傷病名	
紹介目的	
既往歴 及び家族歴	
症状、検査及び 治療経過。	
現在の処方	
検査上の留意事項	
当院の受診歴	(有り ・ なし)
	検査の適応と実施の判断のために <input type="checkbox"/> 受診する <input type="checkbox"/> 受診しない
検査希望日時	<input type="checkbox"/> 希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 日時を問わず、できるだけ早く _____

お申し込みが心臓 CT 検査の場合お伺いします。

造影剤アレルギー	なし ・ ある ・ 不明
腎機能低下 (クレアチニン 1.8mg/dl 以上)	なし ・ ある ・ 不明
不整脈	なし ・ ある
βブロッカーを内服できる(頻脈の場合)	できる ・ できない