診療情報提供書 兼 CT検査申込書

記載日:　　年　　月　　日

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　担当医 行	（貴院名）
〒920-0007　金沢市田中町は16番地 TEL：076-253-8000（代表） TEL：076-253-8088（予約専用） FAX：076-253-0008	（医師名）　㊞

フリガナ		生 年 月 日	性 別	当院受診歴
患者氏名		M・T・S・H・R 年　　月　　日	男 ・女	有 ・ 無
住 所	〒　　－	電話番号:　　（　　）		
病 名				
検査目的 病歴等				

部位	＜心･血管系*1＞	□ 頭部	□ 脊椎（ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）
	□ 冠動脈	□ 頚部	□ 四肢（　　）
	□ 大動脈（ 胸部 ・ 腹部 ）	□ 胸部	□ その他（　　）
	□ 末梢動脈（ 頚部 ・ 上肢 ・ 下肢 ）	□ 腹部	
	□ 静脈･その他（　　）	□ 骨盤部	

造影区分	□単純のみ　□造影あり　□担当医に一任	造影CTの場合は、ご記入下さい。	
		腎機能	Cre値:　　mg/dl（eGFR値:　　ml/min）
体内金属	□ なし　□ あり（　　）	造影剤副作用歴	□ なし　□ 今回がはじめて　□ あり
感染症	□ なし　□ あり（　　）	気管支喘息	□ なし　□ あり
妊娠	□ なし　□ 妊娠中（またはその可能性あり）	ビグアナイド系薬剤*2	□ なし　□ あり（薬剤名:　　）
（ 備 考 ）		心臓（冠動脈）CTの場合は、ご記入下さい。	
		βブロッカーの使用	□ 可　□ 不可

検査希望日時	□ 希望日時:　　年　　月　　日（　　）　　時頃
	□ 日時問わず、できるだけ早く
電話予約確定日時	□ 確定日時:　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

＊1:心血管系CTご依頼の場合は、当院循環器内科に受診していただきます。

＊2:ビグアナイド系糖尿病薬内服の場合は、造影検査後48時間、休薬していただきます。