

心臓・血管系CT検査紹介状兼申込書

(依頼先) _____ 依頼日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

送信先 : 心臓血管センター金沢循環器病院	受付時間: 8時30分～17時00分
FAX番号 : 076-253-0008(病院代表)	

(依頼医療機関)

所在地 :	
医療機関名 :	電話番号:
医師名 :	FAX番号:

* 下記患者さまについて、医療機器の利用を申し込みます。

なお、検査時に患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院に一任します。

フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	年齢 _____ 歳
住所	〒 _____ 市
電話番号	携帯番号 _____
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
既往歴等	
検査日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部血管 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 胸部大血管 <input type="checkbox"/> 心臓(冠動脈) <input type="checkbox"/> 腹部大血管 <input type="checkbox"/> 骨盤部血管 <input type="checkbox"/> 上肢血管 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
検査目的			
造影剤使用	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	腎機能	Cre値: _____ mg/dl (eGFR値 _____ ml/min)
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	気管支喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> あり(_____) <input type="checkbox"/> なし	感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		妊娠	<input type="checkbox"/> 妊娠中(又は可能性あり) <input type="checkbox"/> なし
βブロッカーの使用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	体内金属手術歴	<input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD(メーカー名 _____) <input type="checkbox"/> ペースメーカー(メーカー名 _____) <input type="checkbox"/> V-Pシャント <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器 <input type="checkbox"/> その他(_____)
ビグアナイド系薬剤の服用	<input type="checkbox"/> あり(_____) <input type="checkbox"/> なし		
画像データ	CD-Rでお渡しします		
画像データのお届けは、郵送と患者さまにお預けし貴院に届けていただく方法がございます。ご希望されるお届け方法のチェック欄にチェックをお願いします。			
<input type="checkbox"/> 郵送(平日で1～2日後に到着します) <input type="checkbox"/> 患者さまにお預けする			