

心臓CT 診療情報提供書

令和 年 月 日

高崎総合医療センター 心臓血管内科 御中

ご担当先生御机下

紹介元医療機関名

紹介医師

印

患者氏名	ふりがな	様	男	・	女
住 所					
電話番号					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	

傷病名	心臓CTの依頼				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()		
現病歴					
<input type="checkbox"/> 狭心症疑い	()				
<input type="checkbox"/> 冠動脈カテーテル治療後	()				
<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス治療後	()				
(<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> メタボ)					
(<input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患)					
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙添付				
	<input type="checkbox"/> おくすり手帳持参				
結果報告	<input type="checkbox"/> 自院にて後日結果説明	<input type="checkbox"/> 高崎総合医療センターで後日結果説明			

ピグアナイド製剤を服用の方は検査の前後2日間は内服を控えてください
検査前に診察をさせていただき検査方法を変更することがございます