冠動脈造影CT検査依頼書（診療情報提供書）

送付先	射水市民病院　地域連携室	受付時間	9:00 ～ 17:00（月～金）
ＴＥＬ	0766（82）8100	ＦＡＸ	0766（82）8764

紹介元医療機関名:	依頼医師名: 電話番号: 所　在　地:

紹介患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
住所		連絡先	自宅・携帯　　ー　　ー

臨床診断	□虚血性心疾患（労作性狭心症 ・ 冠攣縮型狭心症 ・ 陳旧性心筋梗塞） □糖尿病　□高血圧　□高脂血症　□腎機能障害 □その他（　　）

検査依頼理由	□狭心症の確定診断 □以前に受けた治療（冠動脈バイパス術、冠動脈形成術）の経過観察 □冠動脈狭窄のスクリーニング（動脈硬化危険因子あり） □患者の希望 □その他（　　）
検査希望日（希望があればお書き下さい）	令 和　　年　　月　　日

身　長　　cm	体　重　　kg	心機能(EF)　　%
頚動脈内膜肥厚（IMT）　　mm		
採血結果	BUN　　mg/dl, Cre　　mg/dl, HbA1c　　% T-cho　　mg/dl, HDL-C　　mg/dl, LDL-C　　mg/dl, TG　　mg/dl	
既往歴	心臓ペースメーカー植え込み　□有　□無 、 人工弁置換　□有　□無 造影剤アレルギー　□有　□無（※アレルギーがある場合は検査を受けられない可能性があります） 喫　煙　□有　□無 、 心筋梗塞、狭心症の家族歴　□有　□無 その他（　　）	
症状の経過・参考所見など		
処方	□β遮断薬（　　）　□硝酸薬（　　） □Ca拮抗薬（　　）　□抗血小板薬（　　） □抗高脂血症薬（　　） □糖尿病薬（　　） □その他（　　）	

FAXを頂いてから　およそ30分以内に決定書をお送り致します。