

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

济生会横浜市南部病院 冠動脈CT検査申込書・紹介状

(来院時間：13時40分)

様 予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 15時30分

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、南部病院地域医療連携室あてにFAXでご返送ください。
(FAX 045-832-8340)

紹介医療
機関の名称

医師名

〒(_____ - _____)
住所

電話 _____ - _____
FAX _____ - _____

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者様 氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所	〒(_____ - _____)		電話 _____ - _____

当院受診歴 (有 ・ 無) _____ 患者ID _____

依頼検査：冠動脈造影CT

【造影剤検査禁忌】★喘息 ★コード過敏症 ★腎機能異常
★ビグアライド系糖尿病薬服用中の場合「検査2日前・検査当日・検査後2日間」の5日間の服用を中止してください。

※下記の情報に必ず○をつけてお知らせください。

喘息の既往：無 ・ 有 ← 既往有で検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください

コード過敏症：無 ・ 有 ← 有で検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください

薬剤アレルギー：無 ・ 有 (_____)

腎機能：正常 (検査日[3ヶ月以内有効] _____ 年 _____ 月 _____ 日 血中Cr値 _____ mg/dl)

異常 ← 検査出来ません

ビグアライド系糖尿病薬服用：無 ・ 有 → 患者さんに服用中止の指示をしてください

感染症：無 ・ Wa ・ HB ・ HCV ・ 未施行

インスリンポンプ、持続血糖測定器 無 ・ 有 → 共同利用検査はお受けできません
各診療科へご紹介ください

この検査で知りたい画像情報をお知らせください。

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載してください。

※検査は仰向けの体勢が約15分維持でき、10秒間の息止めが可能な方が対象です。
また、20ゲージのルートが確保出来ない場合は検査が中止になることがあります。
※撮影画像はCD-R (DICOM Viewer付 返却不要) で、専門医の報告書とともに郵送致します。
(データ量が多いためフィルムでの対応は致しかねますのでご了承ください。)