

診療情報提供書(冠動脈CT予約申込書)

送信先：社会医療法人寿会 富永病院 FAX (06)6568-1970

申込日 年 月 日

希望診療科

☐ 循環器内科

希望医師 ☐ 無 ☐ 有

【ご紹介元医療機関】

医師名 先生

医療機関名

住所

希望日 ① 月 日

TEL/FAX

② 月 日

医師名

☐ いつでも

担当者

お申込内容

紹介目的

☐ 320列-冠動脈CT(以下の項目について、わかっている範囲でご記入ください。)

ペースメーカー・埋込型除細動器 ☐ 無 ☐ 有

造影剤副作用 ☐ 無 ☐ 有

甲状腺機能亢進症 ☐ 無 ☐ 有

喘息 ☐ 無 ☐ 有

透析 ☐ 無 ☐ 有

肝障害 ☐ 無 ☐ 有

クレアチニン()mg/dl

※上記有の場合及びクレアチニン1.4mg/dl以上の場合は検査できません

※検査1～2時間前にβブロッカーを服用するようご指示ください

※βブロッカーの禁忌 ①高度房室ブロック ②洞不全症候群 ③気管支喘息 ④COPD

⑤低血圧(最高血圧100mmHg以下) ⑥β遮断薬投与不適当

※ビグアナイド系糖尿病治療薬は、検査前・後48時間休薬してください。

患者情報

フリガナ

旧姓

性別

氏名

☐ 男

☐ 女

生年月日

☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦 年 月 日 (歳)

来院方法

☐ 徒歩 ☐ 介護タクシー

移動方法(

☐ 車いす

☐ ストレッチャー)

付添い

☐ 無 ☐ 有 →本人との関係()

外国人の方

日本語(☐ 可 ☐ 不可 言語()語) ※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。

通訳の同行 (☐ 無 ☐ 有)

日本在住(☐ 在住 ☐ 短期滞在者 ☐ 旅行者) 日本の健康保険証(☐ 無 ☐ 有)

保険情報

☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 生保 ☐ 自費 ☐ 自賠 ☐ 労災

患者状況

☐ 院内待機中 ☐ 帰宅 ☐ 入院中 (退院予定: ☐ 無 ☐ 有)有→退院日 月 日

入院中確認

☐ 本人受診 ☐ 家族相談

支払い方法; ☐ 本人請求 ☐ 病院請求

※患者さんが現在貴院入院中に受診する場合は、「受診状況連絡票」も併せてお送りください。

※連携強化診療情報提供料に係る質問(貴院で以下の該当する項目にチェックを入れてください。)

☐ 200床未満の病院または診療所

☐ その他

依頼内容

☐ 別紙参照 (貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。)

疾患名

主訴・既往歴

病状経過等

注意事項

※受診当日に発熱症状、咳、咽頭痛など症状がある場合は来院の前にご連絡願います。

受付：月～土 9:00～18:00(祝・日を除く)
問合せ先：地域医療連携室 TEL 06-6568-1980(直通)

2025.10月改定