



大阪鉄道病院 地域連携室 FAX 番号 06-6628-4707

冠動脈 CT 検査依頼書

患者氏名 _____ 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

冠動脈 CT 検査についての注意点ですので御一読下さい。医師確認記入事項を記載後に FAX お願い致します。 ※ ひとつでも「いいえ」がある場合は検査できません。

- 造影剤を使用する事が可能である。 (はい・いいえ)
(造影剤アレルギーや喘息の既往がない)
- クレアチニンが 1.5mg/dl 未満である。 (はい・いいえ)
クレアチニン _____ mg/dl (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 頻脈の場合、βブロッカー (内服・注射) の使用が可能である。 (はい・いいえ)
- 硝酸剤 (ニトロペン 0.3mg) の舌下が可能である。 (はい・いいえ)
- ビグアナイド系血糖降下剤を服用している場合休薬できる。 (はい・いいえ)
(検査前と検査後 4 8 時間の休薬指示お願いします)

症状経過・治療経過 診療情報提供書 (貴院書式で可) を FAX いただくか、下記にご記入下さい。

検査当日の流れ

受付の後、外来で簡単な問診・診察があります。前処置 (セロケン内服) を行った後で検査室へ行っていただきます。(診察時に造影剤使用の承諾書に署名をいただきます。場合により心電図・レントゲン・血液検査等をさせていただきます。また診察の結果、検査に適さない場合は相談の上中止させていただく事を御了承下さい。) 検査時間はおよそ 20 分程度です。御本人の希望があれば当日結果の説明もさせていただきます。

大阪鉄道病院（診療・検査予約依頼書）

紹介元医療機関情報		平成 年 月 日
名称		大阪鉄道病院 地域医療連携室 TEL：(06) 6628-2242 FAX：(06) 6628-4707
住所		
紹介医師名	先生	
電話番号	()	
FAX	()	

フリガナ		男・女	生年月日	明 大 昭 平	年	月	日
患者氏名		様				満	歳
住所	(〒 -)	電話番号 ()					

大阪鉄道病院受診歴		負担割合 () 割					
<input type="checkbox"/> あり 診察券番号		一部負担金助成 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)					
<input type="checkbox"/> なし							
保険者番号							
記号・番号							
続柄	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族	公費負担者番号					
		公費受給者番号					

主病名・合併疾患
紹介目的（必ずご記入ください。）

<input type="checkbox"/> 診療申込	希望受診科
	希望医師 <input type="checkbox"/> 有 (医師名) <input type="checkbox"/> 無

<input type="checkbox"/> 検査申込	※画像データ(CD-R)： <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> CT 部位 ()	撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)
<input type="checkbox"/> MRI 部位 ()	撮影条件 (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任)
<input type="checkbox"/> MRA 部位 (頭・頸)	<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> RI [<input type="checkbox"/> 骨シンチ ・ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ]	
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> サーモグラフィー
<input type="checkbox"/> 心臓超音波	<input type="checkbox"/> 頸部ドプラ <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー

入院希望がある場合（何れかにチェック）	<input type="checkbox"/> 当日対応希望	<input type="checkbox"/> 診療時の相談による	
紹介目的終了後の診療方針（何れかにチェック）	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関	<input type="checkbox"/> 大阪鉄道病院	<input type="checkbox"/> 相談により決定する
（ご注意） X線使用検査時の妊娠の有無、MRI検査時の体内金属（ペースメーカー等）の有無、内視鏡検査時における抗血栓薬の使用について、ご確認ください。			

予約希望日	
<input type="checkbox"/> 指定なし	第一希望 年 月 日
<input type="checkbox"/> 指定あり	第二希望 年 月 日
	第三希望 年 月 日
	希望を通らない時 曜日希望