

冠動脈CT検査依頼書《予約票》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称

科・医師名

電話番号

| | | | | |
|--------|-------|------|------------|--------|
| 来院予定日時 | 年 月 日 | 午前 | 時 | 分 |
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| お名前 | 様 | | | |
| ご住所 | 〒 - | 電話番号 | (自宅) () - | (携帯) |

注意事項

1. 当日持参いただくもの

- ・CT検査依頼《予約票》
- ・紹介状 (CT検査依頼書《診療情報提供書》)
- ・画像データ (CD・フィルムなど 主治医より指示があった分)
- ・**保険証**
- ・各種受給証
- ・お薬手帳

造影検査を受ける方のみ 採血結果があれば(3ヶ月以内のもの)

- ・検査費用

2. 食事制限

検査3時間前から絶食。(3~4時間前に食事される場合は、軽めにして下さい)
水・お茶なら検査前まで飲水可能。

3. 来院について

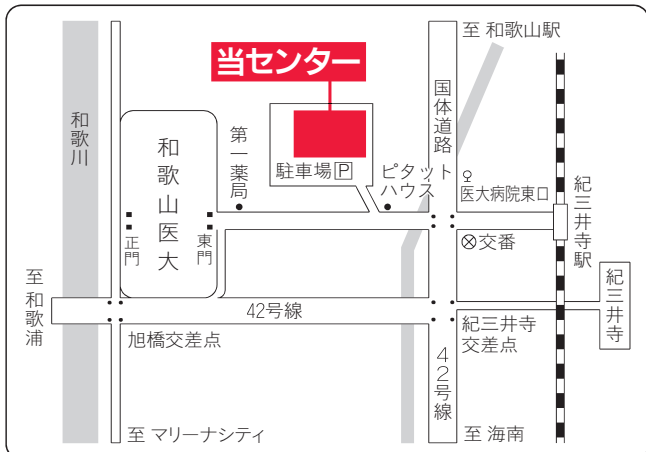
- ・当日来院出来ない場合は、必ずお早めに下記のところまでご連絡ください。
- ・検査の都合上、予約時間どおりにいかない場合がございます。
- ・検査で使用する造影剤には、検査終了後しばらくして副作用が出現する場合がございます。検査後30分程度院内にとどまってお過ごし様子をみさせていただきます。

冠動脈CTは、造影剤を使用するために、検査への同意を必要とします。

検査当日、問診並びに検査への同意確認をさせていただきます。

同意されない場合は、申し訳ありませんが、検査は中止とさせていただきます。

また、問診時体調不良等により、検査が困難との判断を担当医師がさせていただきます。ご了承下さい。



和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636



当施設地図



ホームページ

※撮像に関する特別なご指示は、お手数ではございますが、直接CT担当技師までご連絡下さい。

冠動脈CT検査依頼書《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

| | | | | | |
|--------|-------|----------|----------|--------------------|-------|
| 来院予定日時 | 年 月 日 | | 午前 午後 | 時 | 分 |
| ふりがな | | 男・女 様 | 生年月日 | 年 | 月 日 生 |
| お名前 | | | | | |
| ご住所 | 〒 - | | 電話番号 | (自宅) () - (携帯) | |

※検査の円滑な実施に向けて、該当項目に○印、又は√をし、記入漏れのないよう、よろしくお願い致します。

| | | | | | |
|----------------|--|--|---------|--------|-------|
| 臨床診断 | 狭心症(疑い)・心筋梗塞(疑い)・冠動脈硬化症(疑い)・その他() | | | | |
| 検査目的 | 確定診断・重症度評価・フォローアップ・その他() | | | | |
| 合併症 | 高血圧・糖尿病・高脂血症・低HDL・高尿酸血症・脂肪肝・ASO | 喫煙 | 本/日 | | |
| 臨床経過 特記事項 | (現在内服中のくすり) | | | | |
| 特記事項 | 負荷心電図 | 陰性・境界域・陽性 | | | |
| | CAG所見 | | | | |
| | その他 | | | | |
| 検査に必要な 確認事項 | 腎機能 | 血清クレアチニン: | mg/dl | 採血年月日: | 年 月 日 |
| | アレルギー歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | | |
| | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | | | | |
| | 心臓について <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| 検査結果画像記録法 | CD-R・ペーパーにカラー印刷 | | 所見返却希望日 | 年 月 日 | |

※造影検査同意書を取って下さい。 ※撮像に関する特別な指示は、お手数ですが直接CT担当技師までご連絡下さい。