

心臓 CT 検査 チェックシート

湖東記念病院 循環器内科

外来担当先生侍史

紹介医療機関の所在地・名称

施設名

医師名

先生

滋賀県

TEL・FAX:

- -

患者氏名
(男・女) 大・昭・平 年 月 日生 (歳)
紹介目的 <input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査の依頼 <input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査を含めた心機能の全般的な評価 (心エコー、ホルターなど) <input type="checkbox"/> 心臓 CT 検査 + ()
既往歴および家族歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患の家族歴
アレルギー 造影剤使用歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 使用時の副作用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 気管支喘息歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 腎機能の障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 → 血清 Cre 値 _____mg/dl (データがあれば) その他アレルギー ()
結果説明 <input type="checkbox"/> 湖東記念病院での結果説明を希望 <input type="checkbox"/> 紹介元での結果説明を希望
備考
当院心臓 CT 用以外の診療情報提供書を別途添付される場合にはお手数ですがこのシートを御記入下さい