

依頼日 _____

冠動脈C T診療情報提供書

健和会病院
循環器科 牧内 雅信 医師宛

紹介元医療機関	
住所	
医師名	科
電話・FAX	

フリガナ 患者氏名	生年月日 歳
様 男・女	住所
	電話
自宅以外で昼間の連絡先	

紹介目的	心臓単純＋造影C T (冠動脈撮影)
------	--------------------

検査日	年 月 日 ()	来院 検査 より
-----	-----------	----------

造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 () ・ <input type="checkbox"/> 不明		
最近の腎機能検査値	BUN () クレアチン () 検査日 ()		
	<input type="checkbox"/> 未実施		
安静時脈拍数	() /分		
βブロッカー製剤投与の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不明
ニトログリセリン製剤投与の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不明

主傷病名等	
症状経過 治療経過 主訴 内服 等	

- ・造影剤は イオパミドール300又は370 を使用します
- ・来院時の脈拍数が65/分を超えている場合、原則としてインデラル20mg錠を投与します
- ・撮影時、原則としてニトロール5mg錠を投与します
- ・頻脈、不整脈、体動などにより画面再構成が困難となる場合があります
- ・検査当日は予約時間の1時間30分前に来院いただくようお願いします
- ・この診療情報提供書を下記連携連携室へFAXいただき、後ほど患者様、紹介元医療機関へ連絡いたします

ご予約・お問い合わせは地域連携室まで 尚、土曜日は休み明けの対応となります
 直通 0265-23-3269 直通FAX 0265-23-3198

健和会病院