

大阪府済生会中津病院 循環器内科 心臓 CT 検査依頼書【診療情報提供書】

FAX：06-6372-6871（直通） FAX 受付時間：24 時間

希望日

紹介元医療機関名：

① 月 日（ 曜日）

所在地：

② 月 日（ 曜日）

医師名：

TEL/FAX：

[貴院にて待機中・帰宅]

☆下記の項目もご記入ください。

体温（ 度・検温日 / ） 2週間以内の発熱（ 有・無 ）

コロナ罹患歴（ 有・無 ）

有の場合 直近の発症日（ / ） 解除日（ / ）

ふりがな

氏名：

性別： 男・女

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳

住所：〒

電話番号：

1 検査時にヨード造影剤を使用します。来院時に副作用について同意をいただいてからの検査となります。

2 下記の項目について確認をお願いします。①～⑧については☑および数値をご記入ください。

① 造影剤アレルギーの既往 なし あり（ ）

② 喘息の既往 なし あり

③ アレルギー性疾患、薬剤・食物アレルギー なし あり（ ）

④ 甲状腺機能亢進症（バセドウ病） なし あり

⑤ 糖尿病患者さんのピグアナイド系内服の有無 なし あり

⑥ 腎機能 血清 CRE < 1.3 mg/dl または eGFR > 45 mL/min/1.73 m²

Cre mg/dl または eGFR 検査日：

⑦ 普段の心拍数 80 回/分 未満 はい いいえ（心拍数：_____）

⑧ 普段の収縮時血圧 100mmHg 以上 はい いいえ（収縮時血圧：_____ mmHg ）

※当日β遮断薬を使用して50台を目標に脈を低下させます。頻脈（PR 80bpm 以上）や高度徐脈、期外収縮多発、また血圧が低めでβ遮断薬が使用できない場合は、検査が出来ないことがあります。

主病名・合併疾患

紹介目的・検査希望事項

既往歴および家族歴

症状経過・治療および検査結果等

現在の処方

薬物アレルギー

お問い合わせ：地域連携・患者支援センター

TEL 受付時間：平日 9時00分～19時30分

TEL：06-6372-1036（直通）

土曜日 9時00分～16時45分

〔 上記直通番号が繋がらない場合は

※ 第2・第4土曜日休診（救急を除く）

06-6372-0333（代表）にご連絡ください 〕