

名古屋掖済会病院 FAX 検査予約連絡票

診療情報提供書 **心臓CT**

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

記載日 年 月 日

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒		固定電話 () -
住所		携帯電話 () -

検査希望日時 火・木 の 10:00 ~ (9:15 来院) となります

☐ 第 1 希望 年 月 日 10:00 ~	☐ 希望日なし
☐ 第 2 希望 年 月 日 10:00 ~	☐ 曜日のみ希望 火 ・ 木
☐ 第 3 希望 年 月 日 10:00 ~	

確認事項 (必須)

1: ペースメーカー

☐ あり ➡ 検査出来ない場合がございます。 ☐ なし

5: 喘息

☐ あり ➡ 検査出来ない場合がございます。 ☐ なし

2: ICD/CRT-D

☐ あり ➡ 検査出来ない場合がございます。 ☐ なし

6: 腎機能障害

☐ あり 当院の目安: eGFR > 50ml ☐ なし
↳ 血清クレアチニン () mg/dl
eGFR () ml/min

3: ビグアイド系糖尿病治療薬の服用

☐ あり ➡ 造影剤使用の前後 48 時間 (合計 5 日間) の休薬が必要です。 ☐ なし

7: バイパス術

☐ あり ➡ 詳細情報あれば下の「診断名・症状・治療経過など」へご記入下さい。 ☐ なし

4: 造影剤アレルギー

☐ あり ➡ 検査出来ない場合がございます。 ☐ なし

注意: 10 秒程度息止めが出来ない方は、有意義な検査結果が得られない場合があります。

診断名・症状・治療経過など

☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

※ FAX 検査予約連絡票 (こちらの紙) を検査の **2 営業日前** までに FAX 送信下さい。
※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」「CT 検査を受けられる方へ」の 3 枚を FAX いたしますので、患者様にお渡しください。
※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL: 052-652-7954

FAX: 052-652-7953