年　　月　　日

紹介状・診療情報提供書（心臓ＣＴ　予約申込書）

紹介元医療機関名
医師氏名

FAX 082-879-1146
広島共立病院　地域医療連室行き

（電話番号）　　（ＦＡＸ）

フリガナ		住所	
氏名	様（男・女）		
生年月日	M・T S・H・R　　年　　月　　日(満　　歳)	電話番号	（　　）　　―

○検査日：毎週 月・火・水・木曜日 ○時　間：午後	希望日	１．出来るだけ早く、又は希望しない ２．希望日・曜日指定がある ⇒（　　）

☆心臓ＣＴ検査お申し込みに際し、下記情報の添付をお願い致します。

□心電図記録
□造影剤アレルギー等の情報（下記の欄にご記入ください）

★　必ずご記入ください　★

＊体内金属：　　あり　・　なし
＊体重：　　（　　）Ｋｇ
＊妊娠の可能性：　あり　・　なし
＊糖尿病内服薬：あり（　　）
　　なし
＊ペースメーカー埋込み　：　あり　・　なし

★下記をすべてご記入ください

造影剤使用経験　　あり　・　なし
ヨードアレルギー　　あり　・　なし
喘息　　あり　・　なし
甲状腺疾患　　あり　・　なし
腎機能　　Cr 値：（　　）mg/dl

★　ご依頼の先生の判定結果・サインをお願いします
（　可・不可　）　サイン：＜　　＞

※問診・判定・サインのご記入がない場合、造影検査ができない事もございます。ご了承ください。

ご紹介目的	
主訴又は疾病名	
現病歴 現在の処方など	
既往歴	
要望・留意事項等	

①保険	保険者番号									②公費									資格取得
	記号								本人										有限期限
	番号								家族	③公費									資格取得
	資格取得		有限期限																有限期限
	被保険者		勤務先							高齢者負担割合　1 割　2 割　3 割									