**冠動脈CT検査依頼票　（診療情報提供書）**

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **患者氏名** | （旧姓：　　　　　） |
| **性　別** | **男　・　女** |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日（　　　才）** |
| **住　所** | 〒 |
| **高知医療センター受診歴** | 無 ・ 有　（ID：　　　　　　　　　　　　） |
| **電話番号** | 　　　　　（　　　　　） |

|  |
| --- |
| **紹介元医療機関　（所在地・名称）** |
| **医師名**印 |

本依頼票へ記入いただき、高知医療センター地域医療連携室へFAX送信してください。予約日時が決まりましたら、予約票をFAX送信いたしますので患者さんにお渡しください。また、本依頼票は診療情報提供書にもなりますので、郵送又は当日ご持参ください。

**高知医療センター地域医療連携室　FAX　088-837-6701**

|  |
| --- |
| **検査日時　　　　年　　　月　　　日（　　）　　午後　　　　時　　　分** |

|  |  |
| --- | --- |
| **検査目的** |  |
| **病名** |  |
| **経過** |  |
| **既往歴** |  |
| **クレアチニン値****（3か月以内の数値を記載してください。）** | （　　　　年　　　月　　日）mg/dl |
| **ヨードアレルギー** | あり・なし |
| **喘息** | あり・なし |
| **ビグアナイド系薬剤の内服（検査前後48時間の休薬が必要です。）** | あり・なし |

**連絡先：高知医療センター地域医療連携室**

**電話：088-837-6700**

**FAX：088-837-6701**