

冠動脈 CT 検査依頼票 (診療情報提供書)

年 月 日

フリガナ		紹介元医療機関 (所在地・名称)
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:)	医師名 印
電話番号	()	

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



高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL: (088) 837-3000