

冠動脈スクリーニングCT検査依頼・チェックシート (診療情報提供書)

検査を受けるにあたり、患者様・ご家族様にCT検査の目的・方法・予測される
リスク等説明し、同意のもと検査等を依頼します。

フリガナ		貴院の名称	
氏名:			
生年月日:M・T・S・H 年 月 日 (歳)			
電話番号:		医師氏名:	
疾患名:		電話番号:	
身長:	cm	体重:	kg
		日光医療センター受診歴:	有 ・ 無 ・ 不詳

* 検査実施時の確認事項 *

1) 最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください	mg/dl	検査日(年 月 日)	
*クレアチニン1.3mg/dl 以上(eGFR 45未満)の場合、検査が出来ない可能性があります			
2) メトホルミン(糖尿病用剤)を服用している		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
*内服している場合、検査日 1日前から3日間服用を止めていただきます			
3) 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)が入っている		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 透析を実施している		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 喘息の既往がある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒ ある場合..... 現在治療中である		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) アレルギーがある (アレルギー:)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7) 甲状腺機能亢進症の治療中である		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8) (女性のみ)妊娠中である		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9) 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒ その時副作用はありましたか?(症状:)			
10) 既往歴: ()			
11) 手術歴: (年頃 部位・診断)			
12) 検査結果の説明は貴院で行いますか?		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
*いいえの場合、当センターで後日結果説明の再診が入ります			
13) 処方箋のコピーを添付してください。(おくすり手帳持参でも可)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14) 申し送り事項があればお書きください。			

獨協医科大学日光医療センター
地域連携・入退院支援センター 直通
 電 話 : 0288-23-7100
 F A X : 0288-23-5057

この依頼書を日光医療センター循環器内科 外来担当医宛に持参下さいますようお願いいたします。
ご紹介患者様の検査結果(検査レポート・CD・報告書)は1週間前後にお送りいたします。