

藤田医科大学ばんだね病院 冠動脈CT検査 紹介連絡・予約申込書

FAX:052-323-5726

☆ 依頼元医療機関

申込日 年 月 日

名称		医師名	
TEL		FAX番号	

☆患者基本情報

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日
氏名					
住所	〒				
電話番号					

☆ 依頼内容

検査日	第1希望	年	月	日（火・金）	10:00	・	14:00
	第2希望	年	月	日（火・金）	10:00	・	14:00
	第3希望	年	月	日（火・金）	10:00	・	14:00
問診	・コントロール不良な甲状腺機能亢進症 ☐ なし ☐ あり ・ビグアナイド系薬剤の内服 ☐ なし ☐ あり ・腎機能 eGFR < 30 ml/min ☐ なし ☐ あり （採血日： 年 月 日） ・造影剤使用歴 ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（副作用☐ なし ☐ ありの場合は内容： ・気管支喘息 ☐ なし ☐ あり ・アレルギー疾患 ☐ なし ☐ あり（内容：						
診断名または症状	※ こちらに診断名または症状を記載いただければ、別に診療情報提供書は不要です。						

※ 糖尿病でビグアナイド系の薬を処方されている方は検査日を含めた前後5日間の服薬休止をお願いします。

※ 下記の予約受付時間外のお申し込みは翌営業日時間内に回答いたします。

藤田医科大学 ばんだね病院 医療連携室 TEL :052-323-5918 ・ 5927

FAX : 052 - 323 - 5726