

【FAX送信番号】 047-392-8709

地域連携室

心臓造影CT検査申込書

【診療情報提供書】

患者氏名	ふりがな			
	漢字			
性別 ※○をつけてください。		男	・	女
生年月日	(T ・ S ・ H)	年	月	日

検査目的	<input type="checkbox"/> 狭心症の疑い	<input type="checkbox"/> その他 (詳細)		
	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞の疑い			
※該当の□に✓	<input type="checkbox"/> スクリーニング検査	体重	※お分かりになりましたら記載願います。 k g	
クレアチニン値	※採血結果を記載ください。 (直近の採血データ/Cre値またはeGFR)		eGFR	
採血日:	月	日	mg/dl	
検査希望日	※ご希望の検査日を記載願います。ご希望の時間帯に○を御願致します。			
検査第一希望日	月	日	AM	・ PM
検査第二希望日	月	日	AM	・ PM
検査第三希望日	月	日	AM	・ PM

結果	※該当の□に✓			
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> FAX 【読影結果をお急ぎの方はFAX致します】			
紹介元医療機関名			TEL	
担当医師名			FAX	
新東京病院側記載欄	受領日: 月 日			