

診療情報提供書 (心臓CT依頼)

患者氏名	年齢	性別 男・女
------	----	-----------

基礎疾患 (あり・スクリーニング)  # 1 # 2 # 3
内服薬 (あり・なし)

確認事項 (チェックリスト)

	検査中の安静維持と息止め (約7秒) ができる。
	腎機能 (血清 Cr eGFR )
	ニトログリセリンの使用 (可・不可)
	気管支喘息の合併 (あり・なし)
	その他 留意事項があれば記載ください。

御施設・御氏名
---------

上記確認事項は必須ですので、ご記入いただき受診当日に患者さまにお持たせいただくよう、宜しくお願いたします。