

診療情報提供書（心臓 CT 用）

群馬県済生会前橋病院

記入日 年 月 日

循環器内科 心臓 CT 担当医 宛

紹介元医療機関の
名称及び所在地

第1受診希望日 年 月 日 ()

電話番号

第2受診希望日 年 月 日 ()

医師氏名

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女							
患者氏名													
住 所	〒 -			TEL	- -								
保険者番号				本人	公費負担者番号								
記号・番号				家族	受給者番号								
健康保険外	〔 〕 (負担割合：1割 2割 3割)												
紹介目的	①スクリーニング ②負荷試験陽性 ③高リスクファクター (高血圧・高脂血症・糖尿病・喫煙・家族歴) ④冠動脈形成術後 ⑤冠動脈バイパス術後 ⑥その他 ()												
基礎疾患	腎機能障害 (有・無) / 造影剤アレルギー (有・無・不明) ビグアニド系血糖降下薬の内服 (有・無) 不整脈 (有・無・不明)												
現在の処方	(処方箋等のコピーでも可)												
その他	(心電図の FAX をお願いいたします)												
直近の BUN () mg/dl、Cr () mg/dl (年 月 日)													
検査結果説明 <input type="checkbox"/> 紹介元での説明希望 ・ <input type="checkbox"/> 済生会前橋病院での説明希望													

* 来院の際は、1F 2 番「紹介状をお持ちの方」窓口でお受けいたします。
 患者様にこの〔診療情報提供書(心臓 CT 用)〕をお渡し下さい。
 * ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

群馬県済生会前橋病院
 〒371-0821 前橋市上新田町 564-1
 TEL 027 - 252 -1751 (地域連携課直通)
 FAX 027 - 252 -6102 (地域連携課直通)