

心臓 CT 診療情報提供書

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

電話番号

医師氏名

第1受診希望日 年 月 日 ()

第2受診希望日 年 月 日 ()

受診歴 あり・なし

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平				男・女
患者氏名			年 月 日 (才)				
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	〔自賠・労災・公災・その他 ()〕 (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) ビグアナイド系血糖降下薬の内服 (有・無) 不整脈 (有・無・不明)						
現在の処方	(コピー等を FAX していただいてもかまいません)						
その他	(心電図の FAX をお願いいたします)						
最近の BUN () mg/dl、Cr () mg/dl (H 年 月 日)							
検査説明 <input type="checkbox"/> 紹介元での結果説明を希望 <input type="checkbox"/> 済生会前橋病院での説明を希望							

* 来院の際は、『地域連携課』でお受けいたしますので、健康保険証及びこの
[心臓CT診療情報提供書] を添えて窓口へお出し下さい。

* 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)