

診療情報提供書・冠動脈CT紹介用

長野市民病院御中

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)	(TEL)
--------------------------------	--------

患者情報	フリガナ		男	生年月日	(歳)
	氏名		女	明・大・昭・平・令	年 月 日
	住所	(〒 -)			(TEL)

傷病名

【検査対象部位】
冠動脈CT

【検査目的】(口に一つチェックをつけてください)
<input type="checkbox"/> 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常
<input type="checkbox"/> 急性冠症候群
<input type="checkbox"/> 狭心症
<input type="checkbox"/> 狭心症が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合
<input type="checkbox"/> その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

【病歴】
