

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
	住 所	(〒 -)			
(TEL)					

予約	<input type="checkbox"/> 医療機関へ連絡	<input type="checkbox"/> 患者さんへ直接連絡	<input type="checkbox"/> 患者さんから当院へ連絡
----	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

傷病名	
-----	--

病歴	
----	--

【FFR-CT解析について】

☐ 希望する ☐ 希望しない

<ご確認ください> *以下に該当する場合は解析できません

1. 左主幹部(LMT)にステントを留置している
2. LAD・LCX・RCAのうち2枝以上にステントを留置している

【検査結果説明について】 *結果説明に関するご希望をお知らせください。

- ☐ 長野市民病院では解析結果の説明のみを実施し、治療方針の決定は紹介元で行う
- ☐ 長野市民病院で解析結果に基づく治療提案を含めた説明を行うことを希望する