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　　）
紹介先診療科 医師氏名	循環器内科　担当医　　様

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　　）		
予約	□ 医療機関へ連絡　□ 患者さんへ直接連絡　□ 患者さんから当院へ連絡			
傷病名				

【検査対象部位】

冠動脈CT

【検査目的】（□に一つチェックをつけてください）

□諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常

□急性冠症候群

□狭心症

□狭心症等が疑われ、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

□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】

長野市民病院　地域医療連携室（直通）　ＦＡＸ：0120-115-295　ＴＥＬ：026-295-1611