

【FAX番号】 047-392-8709 地域連携室  
心臓造影CT検査申込書

患者氏名	ふりがな			
	漢字			
性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日

【検査項目】 ※心臓超音波検査が未施行の際は、超音波+CTをご選択ください

<input type="checkbox"/> 心臓超音波 + 心臓造影CT	<input type="checkbox"/> 心臓造影CTのみ
---	-----------------------------------

【検査目的】 ※該当の□に✓、もしくは詳細欄にご記入ください

<input type="checkbox"/> 狭心症の疑い	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞の疑い	<input type="checkbox"/> スクリーニング検査
<input type="checkbox"/> その他（詳細下記）		

【検査前データ】 ※3ヵ月以内の検査結果をご記入ください

血液	採血日：	年	月	日	心臓超音波	検査日：	年	月	日
	クレアチニン値：	mg/dl				<input type="checkbox"/> 施行済 (LVEF %)			
	eGFR：					特記事項：			
緑内障	有 / 無	体重	kg			<input type="checkbox"/> 未施行			

【検査希望日】 ※検査実施可能な曜日：月・火・水(AM)・土

第1希望日	月	日	AM	・	PM
第2希望日	月	日	AM	・	PM
第3希望日	月	日	AM	・	PM

結果	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> FAX（読影結果をお急ぎの方はFAXいたします）
----	-----------------------------	---

紹介元医療機関名	TEL	
担当医師名	FAX	

新東京病院受領日： 年 月 日