

福岡山王病院 循環器内科

冠動脈 CT 検査依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

患者氏名(フリガナ)	生年月日 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日(歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡先電話番号 自宅: 携帯:		検査希望日時 月 日() :

検査目的・備考欄

患者情報	診断名:
	血清クレアチニン値 mg/dl (最終測定日 年 月 日)
	ビグアナイド系糖尿病薬内服: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※前後2日は内服禁
	冠動脈バイパス術: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

結果のお渡し方法	<input type="checkbox"/> 郵送 : 当院よりご紹介先へ結果を郵送致します。
	<input type="checkbox"/> 手渡し : 結果をお渡しするまで1~2時間程要します。ご了承ください。

注意事項

※現在、喘息・甲状腺機能亢進症・妊娠・授乳中の方、または造影剤で過去に副作用があった方は、造影検査が行えない場合がございます。不明な点は下記連絡先へご連絡ください。また、検査時に患者様の心拍数に応じてβブロッカーを使用することがあります。使用にあたり状態把握の為、胸部レントゲン・心電図検査を追加する場合がございますのでご了承ください。

医療機関名

TEL:

FAX:

診療科:

依頼医サイン

ご紹介いただきまして誠にありがとうございます。

〒814-0001 福岡市早良区百道浜 3-6-45

医療法人社団高邦会 福岡山王病院 医療連携室

【フリーダイヤル】 TEL 0120-832-876 FAX 0120-832-878

【直通】 TEL 092-832-1107 FAX 092-832-1206

冠動脈 CT 検査依頼書 (兼診療情報提供書)

年 月 日

患者氏名(フリガナ)		生年月日		性別	
		<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先電話番号			検査希望日時		
自宅:		携帯:		月 日 () :	
結果のお渡し方法		<input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 手渡し	

ご来院いただく患者さまへ

当日は、検査開始予定(予定時刻)の30分前にご来院の上、1F 総合受付までお越しください。

受付に、保険証と紹介状(検査依頼書)をお渡しください。

ご 注 意

検査当日は検査前3時間は食事をしないようお願いします。水分は摂取しても構いません。

衣服によっては着替えが必要になりますので可能な限り軽装でお願いします。

また、緊急を要する検査と時間が前後する場合がございますのであらかじめご了承ください。

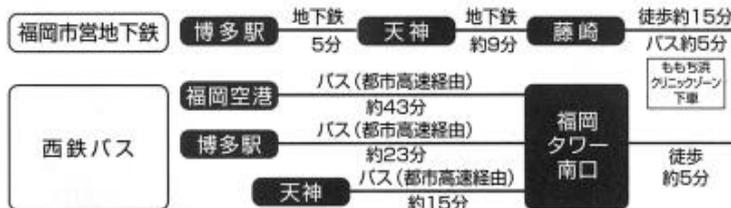
交通アクセス



西鉄バス

バス停	行き先番号
博多駅A	302 305 307
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306
天神バスセンター (1A)	302 305 W1 W2
西新パレス	25 15 10 94 54-1
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2 W1

(令和2年8月現在)



ももち浜
福岡山王病院
 FUKUOKA SANNO HOSPITAL
 医療連携室
 TEL 092-832-1107(直)
 FAX 092-832-1206(直)
 〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号