

診療情報提供書 (心臓CT検査依頼書)

年 月 日

フリガナ	
患者氏名	殿
性別	男 ・ 女
生年月日	明・大 年 月 日 才 昭・平
飯田病院 受診歴	無 ・ 有
住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：



社会医療法人栗山会
飯田病院
〒395-8505 長野県飯田市大通1-15
TEL: 0265-56-0031 FAX: 0265-56-0032
(医療連携室)

紹介元医療機関 (所在地・名称)
医師名
印

- ・ 本依頼書は診療情報提供書にもなりますので、郵送又は当日ご持参いただけますようお願いいたします。
- ・ 定期内服薬の添付をお願い申し上げます。
- ・ 検査は原則午後に行います。午前中にご希望の場合も遠慮なくご相談ください。

希望日

年 月 日 ()

疑い病名	
既往歴	
簡単な経過	体重： kg
緊急性	あり / なし
腎機能	Cr: mg/dl , eGFR: mL/min/1.73m ² (採血日： 年 月 日)
ヨードアレルギー	あり / なし
薬物アレルギー	あり / なし ありの場合 (薬剤名)
ビグアナイド系薬剤	あり / なし ビグアナイド系薬剤ありの場合は検査前後48時間の休薬が必要になります