

益田赤十字病院 循環器科 心臓CT検査申込書

フリガナ			
患者様氏名	様		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所			
電話番号			
検査日 (月・木曜日の午後)	希望なし 第1希望 : 年 月 日 () 第2希望 : 年 月 日 ()		
検査目的または病名			
診療情報	クレアチニン値(3か月以内の数値を記載ください。Cr1. 2mg/dl以上の方はあらかじめご連絡ください)	(年 月 日)	_____mg/dl
	造影剤(ヨード剤)アレルギー	あり ・ なし	
	喘息	あり ・ なし	
	ビグアナイド系糖尿病薬(メグルコ・メタクト・メデット・メルビン・メホルミン・メトリオン・グリコラン・ネルビス・シベトス・シベトン・エクメットなど)の内服がある場合は検査前後48時間の休薬をお願いします。	あり ・ なし	
その他のご希望などございましたらご記入下さい			
紹介元医療機関名 医師名 住所 電話番号 FAX番号			

受付時間(平日8:30~17:00)を過ぎでの予約申し込みのお返事は、翌日の連絡となりますので、ご了承ください。

益田赤十字病院 地域医療連携係
 〒698-8501 島根県益田市乙吉町イ103-1
 電話 0856-32-3312
 FAX 0856-32-3314