

北里研究所病院心臓CT依頼票

患者氏名		生年月日		性別	男・女
依頼医	診療所・病院・企業			先生	
心臓のMDCTを依頼します。冠動脈病変について評価を希望します。					
経過概要 必要ならばお書きください(空欄でもけっこうです)					
検査可能の評価	心房細動	あり(CTはできません)	なし		
	期外収縮の頻発	あり(CTはできません)	なし		
	心拍数70以上	yesの場合、検査直前にベータ遮断薬を処方してください			
	ヨードアレルギー	あり(CTはできません)	なし		
患者背景	高コレステロール血症	あり	なし		
	糖尿病	あり	なし		
	喫煙	あり	以前あり	なし	
	肥満	あり	なし		
	心電図異常	あり	なし		
	ありの場合心電図のコピーを添付してください。				
	心雑音	あり	なし		