

冠動脈 CT 診療情報提供書

年 月 日

東海大学医学部附属八王子病院
冠動脈 CT 担当宛

医療機関名称・所在地

FAX 042(639)1115
TEL 042(639)1114

電話	
FAX	
医師氏名	

ふりがな	
患者氏名	様 男・女 M・T・S・H 年 月 日 歳
住所	電話番号
検査希望日	月 日

以下項目のご記入をお願いいたします

【検査目的】 症状精査 ・ 心電図異常 ・ その他（ ）

【症状のある方】

症状： 胸痛 ・ 胸部不快感 ・ 息切れ ・ 動悸 ・ その他（ ）

いつ頃から： （ ）

どのような時に： 労作時 ・ 安静時 ・ その他（ ）

【冠危険因子】

○高血圧症： あり ・ なし ○糖尿病： あり ・ なし

○脂質異常症： あり ・ なし ○心疾患の家族歴： あり ・ なし

○喫煙： 現在喫煙中 ・ 過去喫煙歴あり ・ 喫煙歴全くなし

【現症】身長 cm、体重 kg、血圧 / mmHg、脈拍 回/分

【既往歴】

.....