

# 冠動脈CT検査申込書

## 【患者基礎情報】

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
生年月日  $\begin{matrix} T:S \\ H:R \end{matrix}$  \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
住所  -   
電話( \_\_\_\_\_ ) 携帯( \_\_\_\_\_ )

## 【紹介元】

紹介日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
FAX \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

【傷病名】( \_\_\_\_\_ )

【希望日】 いつでも良い

希望日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ) 希望検査時間: AM / PM

不都合日 (① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ) ※いずれかに○を

【検査依頼内容】(その他ご要望あればお知らせください) ※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください

## ◎以下のすべての質問にご回答を御願いたします。

【重要】当院で危険と判断した場合には、検査を中止する場合がありますのであらかじめご了承ください。

**血液検査結果** ※検査希望日から3ヶ月以内のCrもしくはeGFRの値、および検査日をご記入ください。

Cr:クレアチニン値( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日】

eGFR( \_\_\_\_\_ )【検査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日】

**過敏症等の確認** ※別紙問診票を添付いただければ省略可です。いずれか必ずご確認・ご記入ください。

喘息(あり・なし)  造影剤によるアレルギー(あり・なし)

甲状腺機能亢進症などヨード摂取制限(あり・なし)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用(あり・なし) 薬剤名: \_\_\_\_\_

(「あり」の場合、こちらから休薬確認書をFAXいたします。ご説明、ご署名後にFAXにて返送をお願い致します)

【※枠内の項目すべてに該当しない場合、冠動脈CTの適応となりません※】

呼吸止めを10秒以上できる  ヨード造影剤を使用できる

【以下も御確認ください。なお、該当する場合検査は可能ですが検査精度が低くなりますので予めご了承ください。】

両上肢が挙上できる  通常、安静時心拍数80bpm以下である  心房細動はない

ペースメーカー装着していない  除細動器装着していない

ニトロールスプレーの使用(可・不可)

【β遮断薬の禁忌】

なし → βブロッカー服用(可・不可)

あり → 下記に該当する場合などチェックをお願いします

徐脈性不整脈(ペースメーカーなし)  気管支喘息(既往を含む)

末梢循環不全(間欠性跛行、レイノー病など)  異型(冠れん縮性)狭心症

β遮断薬を定期内服中 → 検査当日内服(可・不可)

【治療歴】(わかる範囲でご記入ください)

冠動脈バイパス術後  治療歴詳細不明(治療施設: \_\_\_\_\_ )

左内胸動脈(LITA)  右内胸動脈(RITA)  静脈グラフト(SVG)

橈骨動脈グラフト(RA)  胃大網動脈グラフト(GEA)  左回旋枝(LCX)

ステント留置術後(ステント詳細: \_\_\_\_\_ )

左前下行枝(LAD)  右冠動脈(RCA)  左回旋枝(LCX)  その他( \_\_\_\_\_ )