

心臓(冠動脈)CT検査依頼・問診票

紹介元医療機関様へ 心臓(冠動脈)CT を安全に実施するために太枠内の項目を記入してください。

ふりがな	
患者氏名: _____ 性別: 男 ・ 女 生年月日: _____ 年 月 日 () 歳	
検査目的、病名、経過など (冠動脈バイパス術歴: あり ・ なし)	
紹介元医療機関 _____ 依頼医 _____	
血清クレアチニン値:3ヶ月以内の採血結果(1.5mg/dL以上は検査を見合わせます)	mg/dL
検査時、硝酸薬(ミオコールスプレー)の投与 ・PDE5 阻害薬(ザルティア・アドシルカ・レバチオ・バイアグラ等)、 グアニル酸シクラーゼ刺激作用を有する薬剤 (アデムパス) の投薬 *ありの場合:検査前々日・検査前日・検査当日の計3日間の休薬が必要 ・緑内障 *ありの場合:硝酸薬の使用不可	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ヨード造影剤による副作用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ビグアナイド系糖尿病薬の服用 *ありの場合:検査前日・検査後2日の計4日間の休薬が必要	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
気管支喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

以下、みどり病院記入

検査前、β遮断薬(メインテート 2.5mg 錠)服用の指示 ありの場合:メインテートの投与量	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 2.5mg()錠
体重	kg

以下、みどり病院 放射線科記入

CT検査 照射録

CT No: _____

みどり病院 ID: _____

撮影管電圧	kV	Scan mode	cont ・ Frash	造影剤注入速度	ml/sec
撮影管電流	mAs	使用造影剤量	ml	使用造影剤	370 80m / 370 100m
スキャン時間	sec	再構成心拍位相		撮影時心拍数	
画像スライス厚	mm	β ブロッカー	あり ・ なし	メインテート ・ コアベータ	
撮影スライス厚		CTDI vol	mGy	ミオコール	あり ・ なし
ピッチ HP		撮影技師		画像処理技師	