この用紙を FAX して下さい （みどり病院 FAX078-928-1772）

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	□ 可　□ 不可 □ あり　□ なし □ あり　□ なし
ヨード造影剤による副作用歴	□ あり　□ 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	□ あり　□ なし
気管支喘息	□ あり　□ 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	□ あり　□ なし → 2.5mg(　　)錠
体重	kg

以下、みどり病院 放射線科記入

みどり病院 ID:

CT検査　照射録

CT No:　　－

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	