

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。

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分～

みどり病院 ID : _____

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)	
<p>紹介元医療機関 _____ 依頼医 _____</p>	
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) リオシグアド (アデムパス) } の投薬 *ありの場合:検査前々日、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2日間、当日、検査後2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

みどり病院記入

検査前、β遮断薬(ビソプロロールフマル酸塩錠 2.5mg)服用の指示 ありの場合:ビソプロロールフマル酸塩錠 2.5mg	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 2.5mg()錠
体重	kg