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え	入してくださ	٧٧.°
検査日: 年 月 日() 時 分~		
<u>みどり病院 ID :</u>		
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 佐頼医		
紹介元医療機関 佐頼医 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
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) 検査時、硝酸薬(ミオコールスプレー)の投与	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	□ 不可
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) 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)	□ 可 □ あり	
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) 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		□ 不可
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) 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		□ 不可□ なし
 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) 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) *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 	口あり	□ 不可□ なし
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) 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	口あり	□ 不可□ なし
 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) 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) *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 	口あり	□ 不可□ なし
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) 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)	□ あり□ あり□ あり	□ 不可 □ なし □ なし
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) 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)	□ あり□ あり	□ 不可 □ なし
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) 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)	□ あり□ あり□ あり	□ 不可 □ なし □ なし
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) 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 コード造影剤による副作用歴 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	□ あり□ あり□ あり□ あり	□ 不可 □ なし □ なし □ なし
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) 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)	□ あり□ あり□ あり□ あり	□
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) 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)	□ あり□ あり□ あり□ あり□ あり	□