

# 情報提供書(心臓冠動脈造影CT検査)

## 患者情報

フリガナ

氏名

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

性別 男 女 ( )歳

住所 市 区

予約日時

年 月 日 ( )

時 分

※当院受診歴のある場合、記載不要

\*当院来院時、保険証の提示をお願いします

撮影部位

- 心臓冠動脈3D  
前処置 有 無  
βブロッカー＋硝酸薬  
硝酸薬のみ

貴医療機関名

住所

依頼医師

当院循環器内科での結果説明を希望をされますか？

はい いいえ

\*希望される場合、診察は検査1週間後以降の  
金曜日午後3時から午後4時となります。

検査目的

下記の該当項目に☑をお願いします。(その他の場合は理由を記載願います。)

- 諸種の原因による冠動脈疾患のリスク因子が認められる 急性冠症候群 狭心症  
狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる  
その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる(理由 )

主訴・症状など

\*造影剤チェック項目の種類、全身状態によっては単純CT検査に変更させていただく場合もございます。

造影剤チェック項目

- ・ヨード造影剤による過敏症の既往歴 無 有  
・重篤な甲状腺疾患 無 有  
・気管支喘息の既往歴 無 有 (使用薬剤: )  
(最終発作: 年 月最終)  
・重篤な心障害、肝障害、腎障害 無 有  
・ペースメーカー 無 有  
・体内式除細動器 無 有  
・糖尿病 無 有 ビグアナイド系糖尿病薬(前後2日間休薬)  
(糖尿病薬 )  
休薬 する ・ しない  
・クレアチニン (造影CT検査ご希望時に必要となる場合がございます) ( mg/dl)

※上記項目に「有」がある場合は「検査目的」に詳細を記載ください。

さがみ林間病院 地域医療連携室

〒252-0385 神奈川県相模原市南区上鶴間7-9-1

電話 042(742)3582 (検査予約専用)

FAX 042(742)3595