

# 冠動脈CT (Dual Source CT) 検査をお受けになる患者様へ

|                 |    |    |    |    |                             |                             |                             |       |
|-----------------|----|----|----|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 検査予定            | 年  | 月  | 日  | 曜日 | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | 時                           | 分     |
| フリガナ<br>患者様お名前: |    |    |    |    | 様                           | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 |       |
| 生年月日            | M. | T. | S. | H. | 年                           | 月                           | 日生                          | ( ) 歳 |
| 医療機関名:          |    |    |    |    | 診療科:                        |                             |                             |       |
| 主治医:            |    |    |    |    | 先生                          | Phone:                      | ( )                         |       |
| FAX:            |    |    |    |    | E-mail                      | @                           |                             |       |

- ◎予約時刻の15分前までに当院受付までお越しください。
- ◎冠動脈CT検査依頼書と健康保険証・(お持ちの方は老人受給者証)を必ずご持参下さい。
- ◎検査当日、来院できない方は、前日までに当院までご連絡下さい。

## 冠動脈CT検査について

- 来院されてからお帰り頂くまでの所要時間は約1時間30分程度です。
- 食事は普段どおりにお摂り下さい。絶食は不要です、水分も充分にお摂り下さい。(制限されている方は、制限の範囲内で)  
服用中のお薬も、医師からの指示がない限り、通常どおり服用して下さい。
- CT検査中は痛みを伴いませんので、安心してお受け頂けます。また、マイクを通して、いつでも会話できますので、ご安心下さい。
- ペースメーカーを植え込まれている方でも、CT検査をお受けになれます。

## ご注意ください

- 妊娠、または妊娠の可能性がある場合、検査前にスタッフにお知らせ下さい。
- 検査の妨げになる場合がありますので、ヘアピン、イヤリング、ネックレス等の金属製のアクセサリー類や、金属のついた服や下着は、はずして頂くことがあります。
- 造影検査をお受けになる方で、次の項目に該当する方は必ず検査前にスタッフにお知らせ下さい。
  1. 過去に造影剤を使用した検査で、気分が悪くなった方。
  2. 気管支喘息、食物・薬などによる蕁麻疹などがある方。
  3. ケイレンを起こしたことがある方。
  4. 腎臓病、糖尿病、甲状腺などの病気がある方。



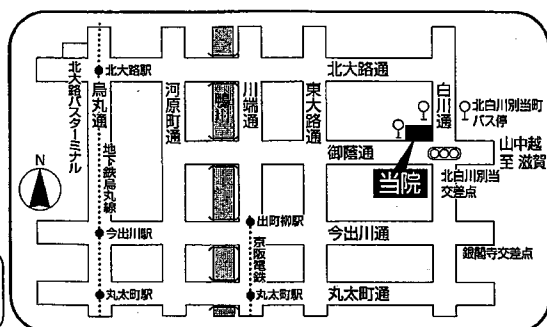
〒606-8277

京都市左京区北白川堂ノ前町36番地  
(北白川別当交差点北西角 北白川別当町バス停徒歩1分)

Phone 075-702-0022 Fax 075-702-1122

市バス

北白川別当町バス停  
京都駅・三条駅より 5系統(岩倉操車場行き)  
四條河原町駅より 5系統(岩倉操車場行き) 3系統(百万遍・北白川仕伏町行き)  
北大路駅・丸太町駅より 204系統(銀閣寺行き)



# 冠動脈CT (Dual Source CT) 検査依頼書 (診療情報提供書)

|  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
|--|---|---|--------|---------------|----------------------------------|-----------------------------|---|---|
| 検査予定   | 年 | 月 | 日      | 曜日            | <input type="checkbox"/> AM      | <input type="checkbox"/> PM | 時 | 分 |
| フリガナ<br>患者様お名前: _____ 様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 生年月日 M. T. S. H. _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( ) 歳  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 医療機関名:   |   |   |        | 診療科:          |                                  |                             |   |   |
| 主治医:   |   |   |        | 先生 Phone: ( ) |                                  |                             |   |   |
| FAX:   |   |   | E-mail |               |                                  | @                           |   |   |
| 体重: _____ kg 身長: _____ cm 造影剤アレルギー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 腎機能: 血清クレアチニン値 _____ mg/dl, eGFR _____ ml/min/1.73m <sup>2</sup> 人工透析 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 冠危険因子: <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙   |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> 永久的ペースメーカー植込術 メーカー ( )  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 診断: <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞症 <input type="checkbox"/> 急性冠症候群<br><input type="checkbox"/> 冠動脈ステント術後 <input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス術後<br><input type="checkbox"/> 冠動脈疾患の疑い<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 運動負荷試験<br>( <input type="checkbox"/> マスター <input type="checkbox"/> エルゴメーター <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> RI): <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 擬陽性 <input type="checkbox"/> 陰性                        |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| 臨床経過:  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| ※ステント術後・バイパス術後については、お分かりになる範囲でご記入下さい。  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル検査 ( )   |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |
| <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント   |   |   |        |               | <input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス |                             |   |   |
| ①部位 ( )  |   |   |        |               | ①部位 ( )                          |                             |   |   |
| ②部位 ( )  |   |   |        |               | ②部位 ( )                          |                             |   |   |
| ③部位 ( )  |   |   |        |               | ③部位 ( )                          |                             |   |   |
| 貴院次回外来予定: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後  |   |   |        |               |                                  |                             |   |   |