

冠動脈CT予約申込書（共同利用）

（太枠のみご記入ください。）

FAX:0120-020-027

依頼医療機関名		TEL	
患者様氏名	様（ 歳）		性別 男・女
住 所		TEL	
身 長		体 重	
予約希望日	第一希望	年 月 日	午前・午後
	第二希望	年 月 日	午前・午後

患者様確認事項

主 訴			
喘息の有無	あり ・ なし		
※「あり」の場合	薬剤名 吸入薬等（	） 最終発作日（ / ）	
アレルギーの有無	あり ・ なし		
※「あり」の場合	薬品名 造影剤等（	）	
心エコーの実施の有無	あり ・ なし		
※「あり」の場合	（UCG:Dd/Ds / mm ・LVEF % ・AVA 平方cm）	（ASの、有（mild. moderate. Severe） ・ 無 ） （TNG投与の可否、可 ・ 否 ）	
腎機能の検査結果 （3ヶ月以内のデータ）	BUN （ mg/dℓ）	eGFR （ mL/min）	
	クレアチニン （ mg/dℓ）		

検査説明について （ご希望の方法に、○印を お願いします）		後日に依頼病院で説明を受ける。（CT結果は後日郵送） ※診療情報提供書は不要です。
		記念病院で説明を受ける。 ※循環器科宛の診療情報提供書をお願いします。

< 決 定 >

検 査 日	月	日	曜日
病院来院時間	:	検査開始時間	:
朝食絶食		昼食絶食	

検査の手順について

- ・検査中に15秒程度の息止めが必要です。
- ・検査時間で朝食、昼食を絶食になる場合があります。（検査3時間前は空腹の状態にしていただきます）
- ・冠動脈CTの同意書が必要です。（当日記入していただきます）
- ・糖尿病薬 メトグルコ等のメホルミン製剤を内服中の方は、検査48時間前より休薬が必要です。