

診療情報提供書 (冠動脈 CT 検査依頼用紙)

平成 年 月 日

神戸アドベンチスト病院

放射線科 行

紹介元医療機関名

住所 〒

医師名

印

電話

FAX

(ふりがな) 患者氏名	様 (男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
検査日	年 月 日 ()	AM・PM	時 分

身長・体重	cm kg
LVEF・壁運動	要・不要 (冠動脈のみ診断・被曝を抑えて撮影することが可能)
検査目的	スクリーニング・経過観察・術後検査 (CABG・PCI)・その他 ()
リスクファクター	糖尿病・脂質異常症・高血圧・喫煙・その他 ()
ステントの有無	無・有 () …種類が判ればご記入下さい
βブロッカー内服	無・有 ()
喘息の有無	無・有 …有りの場合は外来での検査は行いません
アレルギー歴	無・有 (有りの場合は造影剤副作用のリスクが増えます)
造影歴の有無	無・有 (副作用なし・副作用あり) …副作用ありの場合は外来検査は行いません
糖尿病薬の服用	ジベトス・ジベトン・塩酸ブホルミン・メルビン・メデット・ グリコラン・ネルビス・メトリオン・メトホルミン・ 上記を服用の場合、検査日と前後2日 (合計5日間) の投薬を中止して下さい。 無 ・ その他 ()
血清クレアチニン値	mg/dl (月 日) 6ヵ月以内のデータ …1.5 以上は外来での検査は行いません
血圧 (受診時)	/ mmHg
心拍数 (受診時)	bpm
検査目的	

*ここまでご記入ください

造影剤注入速度	ml/sec
造影剤注入量	(テストインジェクション ml) + (本スキャン ml) = ml
総被曝線量	mGy mSv

神戸アドベンチスト病院 放射線科 電話 078-984-3112(予約用)

地域医療連携室 TEL/FAX 078-981-0233