

検査日： 令和 ____年 ____月 ____日 (____) ____時 ____分

冠動脈CT 患者情報	
紹介元医療機関名	() 担当医師名 ()
患者氏名	様
年齢	歳
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
身長	cm
検査目的	<input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 術後検査(CABG・PCI) <input type="checkbox"/> その他 ()
リスクファクター	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()
ステントの有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (種類が判ればご記入ください…)
ペースメーカーの有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (種類が判ればご記入ください…)
不整脈の有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 … <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> AVブロック <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> その他 ()
βブロッカーの使用	<input type="radio"/> 不可 <input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> コアペータのみ可
喘息の有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 [副作用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有] (副作用ありの場合は外来検査は行いません)
ビグアナイド系 糖尿病薬の服用	<input type="radio"/> 服薬無し <input type="radio"/> 服薬有り(休薬必要なし) <input type="radio"/> 服薬有り(前後5日間休薬)
eGFR	mg/dl (月 日) 3ヶ月以内のデータ … 45未満は検査は行いません。
血圧(受診時)	/ mmHg
心拍数(受診時)	bpm
特記事項	

※ 冠動脈CTを依頼いただく際は、この患者情報も一緒にFAXしてください。

※ FAX予約受付時間(月～金 9:00～18:30 土 9:00～11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)