

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)**