

京都済生会病院 冠動脈造影 CT 検査依頼書（直接予約用）

京都済生会病院 地域連携室

TEL 075-956-3825(直通)

受付時間(原則):平日 午前9時～午後7時30分(木曜日は午後5時00分まで)

お急ぎの場合は ①患者氏名 ②検査希望日 ③心拍数 ④貴院のFAX番号 を、電話またはFAXでご連絡をいただけましたら予約票を返信いたします。その後、他項目をご記入頂き、FAXをお願いいたします。

紹介元 医療機関				主治医				TEL FAX									
フリガナ 患者氏名				性別	男 ・ 女			生年月日・年齢 T・S・H 年 月 日 歳									
〒 - 患者住所								連絡先 ()-()-()									
●被保険者情報（保険証のコピーでも結構です）（最近の当院受診歴がある方は省略可 ID - - ）																	
保険者番号								公費負担者番号									
記号		番号						公費受給者番号									
被保険者名								公費交付年月日				年 月 日					
有効期限				年 月 日				有効期限				年 月 日					
負担割合				0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 10 割													
検査希望日 第1希望 年 月 日 () 第2希望 年 月 日 ()																	
コメント(主訴・経過・治療歴・依頼目的等)																	
当院での結果説明： ☐ 要 ☐ 不要																	
所見レポート： ☐ 要 ☐ 不要																	

チェックリスト ※不整脈の方や腎機能の悪い方は検査できない場合があります。

心拍数	☐ 70/分未満	☐ 70/分以上	→ β遮断薬使用	☐ 可	☐ 不可	☐ 服用中
息止め(10秒)	☐ 可	☐ 不可	血清クレアチニン値	mg/dl	(検査年月日	年 月 日)
造影剤使用(注射/点滴)検査の経験	☐ 無	☐ 有	→その時の副作用	☐ 無	☐ 有(	)
喘息の既往	☐ 無	☐ 有	食べ物や薬のアレルギー	☐ 無	☐ 有(	)
妊娠の可能性	☐ 無	☐ 有	「有」の場合は検査を中止する場合があります			

※ 頻脈、心房細動、期外収縮頻発、息止め不可の方は、きれいな画像が得られない場合があります。

※ ビグアナイド剤（メトグルコ、メデットなど）を内服中の方には、検査 2日前 より 2日後迄 休薬指示をお願いいたします。

※ 腎機能の目安：70歳の方で、男性ではクレアチニン 1.8mg/dl 以上、女性では 1.4mg/dl 以上の方（推算糸球体濾過量（eGFR）が、30 ml/min/1.73㎡未満の場合（CKD4、5））は、造影検査は避けられるのが無難です。CKD4、5でも、依頼医が造影必須と判断された場合は、その理由と患者説明の内容をコメント欄に記載してください。