

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		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 :			所見レポート:		
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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		→ β遮断薬使用			
<input type="checkbox"/> 60/分未満 <input type="checkbox"/> 60/分以上		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 服用中			
息止め(10秒)		血清クレアチニン値 mg/dl (検査年月日 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →その時の副作用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
造影剤使用(注射/点滴)検査の経験		食べ物や薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
喘息の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		「有」の場合は検査を中止する場合があります			
妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

※ 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/1.73m²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