京都済生会病院　地域連携室 行　　申込日　　年　　月　　日
FAX　075－956－3826（24時間受信可能）

冠動脈造影 CT 検査申込票 兼 診療情報提供書
京都済生会病院　地域連携室
TEL 075-956-3825 FAX 075-956-3826（地域連携室直通）
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）

※本紙は診療情報提供書として取り扱わせていただけますが、別で診療情報提供書をご用意いただける場合は両方をFAX下さい。
予約調整後に予約票をFAXでお返しいたします。上記受付時間外分のFAXについては、翌外来診療日に手続きさせていただきます。
本紙を診療情報提供書としてご利用いただく場合は、本紙原本を患者様にご持参いただけるようお渡しください。

ご紹介元医療機関名	TEL	医師名
	FAX	担当者名

▼ご紹介患者さん情報

フリガナ	姓	名	性別	生 年 月 日
患 者 氏 名			男・女	T・S・H・R　年　月　日　歳
住　所	〒　－			
連絡先	（　）－（　）－（　）		当院診察券ID	

▼検査希望日　※ 予約可能日　月～木

検査希望日 複数記入可		不都合な日	

▼病名・病状等の連絡事項　※別紙診療情報提供書をご用意いただいてもかまいません

コメント（主訴・経過・治療歴・依頼目的等）　☐ 別紙診療情報提供書を参照

当院での結果説明　☐ 要　☐ 不要　　所見レポート　☐ 要　☐ 不要

▼問診　※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　☐ 60/分未満　☐ 60/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　→その際の副作用の有無　☐ 無　☐ 有（　）	
喘息の既往　☐ 無　☐ 有	食べ物・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。	

▼注意事項

※ 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。