

西北クリニック 冠動脈CT検査申込書・紹介状

予約時間： 年 月 日 () 時 分

下記の空欄部分に必要な事項を記入の上、西北クリニック地域連携室宛にFAXでご返送ください。
(FAX 078-998-1102)

紹介元医療

機関の名称

医師名

電話

FAX

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者様 氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 年 月 日 平成(H)	
住所	〒()	電話		- -

依頼検査：冠動脈造影CT

【造影剤検査禁忌】ヨード過敏症、腎機能異常、気管支喘息

- ビグアナイド系糖尿病薬服用中の場合、「**検査当日・検査後2日間**」の計**3日間**の休薬が必要となります。服用中の方は、その期間の服用を中止してください。
- 検査の際に硝酸薬(ミオコールスプレー)を使用する為、前立腺肥大薬服用中の場合は休薬が必要となる場合がございます。**ザルティア、タダラフィル、シアシス**を内服中の方は、「**検査2日前、検査前日、検査当日**」の計**3日間**の内服を中止してください。
- 下記の情報に必ず○をつけてお知らせください。

喘息の既往：無・有←既往有で検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください。

ヨード過敏症：無・有←有で検査を実施する場合は、下記空欄に理由を記入してください。

薬剤アレルギー：無・有 ()

※適応があればソル・メドロール静注後、検査を行います。

腎機能：検査日 [3ヶ月以内有効] 年 月 日 血中Cr値 mg/dl

※eGFRが40以下では検査できない場合があります。適応があれば補液の上、検査を行います。
ビグアナイド系糖尿病薬服用：無・有←有の場合は患者様への休薬の指示をしてください。