

冠動脈CT (Dual Source CT) 検査をお受けになる患者様へ

検査予定	平成	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	時	分
フリガナ									
患者様お名前:						様	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
生	年	月	日	M. T. S. H.	年	月	日生	()	歳
医療機関名:					診療科:				
主治医:					先生	Phone:	()		
FAX:			E-mail			@			

○予約時刻の15分前までに当院受付までお越しください。

○冠動脈CT検査依頼書と健康保険証・(お持ちの方は老人受給者証)を必ずご持参下さい。

○検査当日、来院できない方は、前日までに当院までご連絡下さい。

冠動脈CT検査について

- 来院されてからお帰り頂くまでの所要時間は約1時間30分程度です。
- 食事は普段どおりにお摂り下さい。絶食は不要です、水分も充分にお摂り下さい。(制限されている方は、制限の範囲内)
服用中のお薬も、医師からの指示がない限り、通常どおり服用して下さい。
- CT検査中は痛みを伴いませんので、安心してお受け頂けます。また、マイクを通して、いつでも会話できますので、ご安心下さい。
- ペースメーカーを植え込まれている方でも、CT検査をお受けになれます。

ご注意して頂くこと

- 妊娠、または妊娠の可能性がある場合、検査前にスタッフにお知らせ下さい。
- 検査の妨げになる場合がありますので、ヘアピン、イヤリング、ネックレス等の金属製のアクセサリー類や、金属のついた服や下着は、はずして頂くことがあります。
- 造影検査をお受けになる方で、次の項目に該当する方は必ず検査前にスタッフにお知らせ下さい。
 1. 過去に造影剤を使用した検査で、気分が悪くなった方。
 2. 気管支喘息、食物・薬などによる蕁麻疹などがある方。
 3. ケイレンを起こしたことがある方。
 4. 腎臓病、糖尿病、甲状腺などの病気がある方。


もりした循環器科クリニック

〒606-8277

京都市左京区北白川堂ノ前町36番地

(北白川別当交差点北西角 北白川別当町バス停徒歩1分)

Phone 075-702-0022 Fax 075-702-1122

市バス

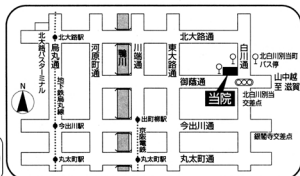
北白川別当町
バス停着

京都駅・三条駅より
四条河原町駅より

5系統(岩倉操車場行き)

5系統(岩倉操車場行き) 3系統(百万遍・北白川仕伏町行き)

北大路駅・丸太町駅より 204系統(銀閣寺行き)



冠動脈CT (Dual Source CT) 検査依頼書 (診療情報提供書)

検査予定	平成	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	時	分
フリガナ 患者様お名前: _____ 様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性									
生年月日 M. T. S. H. _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 歳									
医療機関名:					診療科:				
主治医:					先生 Phone: ()				
FAX:			E-mail			@			

体重: _____ kg 身長: _____ cm 造影剤アレルギー: 有 無 気管支喘息 有 無

腎機能: 血清クレアチニン値 _____ mg/dl, eGFR _____ ml/min/1.73m² 人工透析 有 無

冠危険因子: 家族歴 高血圧症 糖尿病 高脂血症 肥満 喫煙

永久的ペースメーカー植込術 メーカー ()

診断: 狭心症 陳旧性心筋梗塞症 急性冠症候群
冠動脈ステント術後 冠動脈バイパス術後
冠動脈疾患の疑い
その他 ()

運動負荷試験
マスター エルゴメーター トレッドミル RI): 陽性 擬陽性 陰性

臨床経過:

※ステント術後・バイパス術後については、お分かりになる範囲でご記入下さい。

心臓カテーテル検査 ()

<input type="checkbox"/> 冠動脈ステント	<input type="checkbox"/> 冠動脈バイパス
①部位 ()	①部位 ()
②部位 ()	②部位 ()
③部位 ()	③部位 ()

貴院次回外来予定: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 曜日 午前 午後