

沖縄県立中部病院 冠動脈CT機器共同利用申込書

依頼日： 年 月 日

沖縄県立中部病院 地域医療連携室 宛

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

沖縄県うるま市字宮里 281

TEL:098-973-4111(代表) 098-982-6567(直通)

FAX:098-982-6568(直通)

医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

ご連絡担当者：

～申し込みにあたって～

全ての項目に目を通し、をご記入下さい。

[検査者情報]

フリガナ 患者氏名	_____ 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)歳		
〒	_____	電話番号	_____ - _____
住 所	_____		
検査希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 時頃)		

※共同利用申込書(本票)とは別に診療情報提供書の作成をお願いします。

[傷病名]	[検査目的] <input type="checkbox"/> 一般検査 <input type="checkbox"/> 精査目的 <input type="checkbox"/> 二次検診 <input type="checkbox"/> 術前検査 <input type="checkbox"/> 術後検査 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 臨床研究 <input type="checkbox"/> その他
-------	--

検査結果のお渡し方法

冠動脈CTは当日には読影できないため、紹介元(貴院)へ郵送となります。予めご了承ください。

喘息の有無： あり・なし 緑内障の有無： あり・なし 大動脈弁狭窄症の有無： あり・なし
ニトログリセリン製剤と相互作用のある薬剤(レバチオ・バイアグラ等)の使用： あり・なし
妊娠の有無： あり・なし インプラントの有無： あり(_____)・なし
腎機能検査結果： 3ヶ月以内のデータ クレアチン _____ mg/dl 体重： _____ Kg

※注意事項

eGFR値が45mL/min/1.73m²以下の患者様の受け入れは行っておりません。ご了承下さい。

造影剤アレルギーの既往歴のある患者様の受け入れは行っておりません。ご了承下さい。

ペースメーカーが体内にある方はペースメーカー手帳を当日にお持ちください。

●患者様の来院時間・手順に関しまして

・検査予約日の午前8時30分までに県立中部病院総合受付にて受付を行った後、

放射線科受付(38番)へいらしてください。

・CT室にて血圧、脈拍測定後に薬(セロケンあるいはワソラン)を内服していただきます。

・内服60分から90分後にCT検査を開始します。

・検査中に約10秒程度の息止めが必要です。

・検査当日の朝は軽めの食事をお摂り下さい。

・ビグアナイド系糖尿病用薬(血糖降下薬)を内服している方は、前々日の朝(48時間前)より内服を中止されてください。