

沖縄県立中部病院 冠動脈 C T 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

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)

【依頼医療機関】(ゴム印等使用可)

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 ☐男 ☐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〕

☐一般検査 ☐精査目的 ☐二次検診 ☐術前検査 ☐術後検査 ☐健康診断

☐スクリーニング ☐臨床研究 ☐その他

検査結果のお渡し方法

冠動脈 C T 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

e G F R 値が 45m L / m i n / 1. 7 3 m l 以下の患者さんの受け入れは行っておりません。ご了承ください。

造影剤アレルギーの既往歴のある患者さんの受け入れは行っておりません。ご了承ください。

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。

●患者さんの来院時間・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。

☐患者さんへの検査の説明を行い、検査の同意を得た。（貴院にて説明後チェックを記入ください）

2025.04.25 版