

冠動脈造影 CT（心臓 CT）検査依頼書

西暦 年 月 日
 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 画像診断・治療部 所在地
 (FAX 045-366-8434) 施設名
 医師名
 下記のとおり、検査を依頼します。 TEL
 FAX

フリガナ		生年月日	年 月 日
患者氏名		男 ・ 女	才
		TEL	

日 時	西暦 年 月 日 () 時 分
-----	------------------

傷病名	
検査目的	☐ 安定型狭心症（労作性狭心症），疑 ☐ 不安定狭心症（U-AP），疑 ☐ 冠攣縮性狭心症（VA），疑 ☐ PCI 後フォローアップ（POBA, STENT） ☐ CABG 後フォローアップ ☐ その他（ ）
既往歴 経過 検査結果など	

確認事項 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。	
心房細動	☐ なし ☐ あり（心房細動により画像評価できないことがあります。）
β遮断薬禁忌	☐ 高度の徐脈（著しい洞性徐脈，房室ブロック（Ⅱ度，Ⅲ度），洞房ブロック，洞不全症候群） ☐ 低血圧症 ☐ 糖尿病ケトアシドーシス／代謝性アシドーシス ☐ 未治療褐色細胞腫 ☐ 妊娠中または妊娠の可能性あり
心臓ペースメーカー	☐ なし ☐ あり
腎機能	血清クレアチニン値 () mg/dl e G F R 値 () mL/min/1.73 m ²
糖尿病	☐ なし ☐ あり（ビグアナイド系糖尿病薬について造影検査問診票に記入してください。）
※検査には「造影検査問診票」と「造影検査同意書」が必要です。	



聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科・画像診断・治療部
 〒241-0811 横浜市旭区矢指町 1197-1
 TEL : 045-366-1111（代表） FAX : 045-366-8434