

# 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  
(FAX 045-366-8434)

所在地

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	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢		歳	性別	男・女
		TEL				

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

傷病名	
検査目的	<input type="checkbox"/> 安定型狭心症(労作性狭心症),疑 <input type="checkbox"/> 冠攣縮性狭心症(VA),疑 <input type="checkbox"/> CABG後フォローアップ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不安定狭心症(U-AP),疑 <input type="checkbox"/> PCI後フォローアップ(POBA, STENT)
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、心房ブロック(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  
 eGFR値 ( ) mg/dl  
 採血日 ( 年 月 日) \*4ヵ月以内の採血データが必要です

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) (内線4150)