

心臓CT検査予約票

患者氏名：様

生年月日：年 月 日

検査名：

造影の有無

検査日：年 月 日 時 分

来院していただく時間	検査予約の 1時間前 までにご来院ください
お持ちいただく物	・ 診察券(西部病院に受診歴がある方のみ) ・ 健康保険証(各種公費医療証など) ・ 診療情報提供書【検査予約患者紹介状】 ・ 心臓CT検査問診票 ・ 造影検査同意書・造影検査問診票(造影有の場合のみ) ・ 予約票
検査目的と内容	■ 検査内容 心臓CT検査は、X線(レントゲン)を用いて心臓の断層写真を撮影し、コンピューターで処理して画像化する検査です。心臓や冠動脈の形態や動きを詳しく描出でき、通常のレントゲンではわかりにくい異常も確認することができます。 ■ 検査の目的 狭心症や心筋梗塞などの虚血性心疾患の評価 心臓や冠動脈の形態の観察 心疾患の診断や治療方針決定の参考 経過観察 ■ 造影剤の使用について 心臓CTは 冠動脈の評価を目的とする場合、造影剤を用いるのが基本です。造影剤を使うことで血管の走行や狭窄の有無を詳しく調べることができます。一方で、心臓の大きさや形態、心嚢液の有無など、血管以外の評価を目的とする場合には 造影を行わない心臓CT(非造影心臓CT) が実施されることもあります。
食事	* 食事制限はありません。 * ただし、他の検査で食事制限がある方は召し上がらないでください。

【ご注意くださいこと】

- * 他の検査などで食事制限がある場合、糖尿病薬(インスリンを含む)は使用せずにご持参ください。ただし、他の内服薬は通常通りお飲みください。
- * 造影検査をされる方で、**喘息や糖尿病がある場合**、造影できない場合があります。医師・放射線技師・看護師にお申し出ください。
- * お顔や爪の色で具合が悪くないかを確認しますので、お化粧やマニキュアはしないでください。

画像診断部(レントゲン受付)