

心臓 CT 検査依頼書 (診療情報提供書)

年 月 日

フリガナ	
患者氏名	殿 (旧姓:)
性別	男 ・ 女
生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 才
倉敷中央病院 受診歴	無・有 (加行No.)
住 所	〒
電話番号	()



公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1
TEL & Fax: 086-422-7910

紹介元医療機関(所在地・名称)

医師名

倉敷中央病院心臓病センター受付へTEL (086-422-7910) していただき、予約をおとりいただいた上で、検査依頼書をFAX してください (本依頼書は診療情報提供書にもなりますので、郵送又は当日ご持参していただきますよう御願致します。)

この方向で FAX して下さい。

TEL & FAX : 086-422-7910 (受付時間 : 月-金 9:30-16:00)

検査日時	月 日 ()	午前・午後	時 分
------	---------	-------	-----

検査目的	
病名	
経過 簡単にお書きください。	
既往歴等	
クレアチニン値 (3ヶ月以内の数値を記載してください。1.2mg/dl 以上の方はご相談ください。)	(年 月 日) mg/dl
ヨードアレルギー	あり / なし
薬物アレルギー ()	あり / なし
喘息	あり / なし
ビグアナイド系薬剤の内服 ビグアナイド系薬剤ありの場合、 検査前後各 48 時間の休薬 が必要です。 <u>グリコラン、ネルビス、メトホルミン、メデット、</u> <u>ジベトス、ジベトンS、メトグルコ、メタクト、エクメットなど</u>	あり / なし
検査結果の説明	
<input type="checkbox"/> 自施設で <input type="checkbox"/> 倉敷中央病院で (いずれの場合にも画像データ、所見結果をご提供します。)	

予 約 票

様

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構



倉敷中央病院

〒710-8602

岡山県倉敷市美和1-1-1

TEL: 086-422-0210(代表)

FAX: 086-422-7910(直通)

検査日時 月 日 () 午前・午後 時 分

検査30分前に倉敷中央病院 心臓病センター内(9棟地下1階) **B-85** にお越しください。

※再来受付機に診察券を通し、本日のご予定表を **B-85** にお出し下さい。

※当院の診察券をお持ちでない方は、**B-85** へ直接お越し下さい。

◆検査前の食事と薬についての注意点

※脱水状態では副作用が発現しやすくなりますので、水分を十分に摂取してください。

※常用薬は通常通り服用してください。糖尿病の方の、お薬については主治医にご相談ください。

◆検査後の注意点

※造影剤はおもに尿から排出されます。水分摂取制限のない方は検査後、しっかり水分を摂取してください。

◆心臓 CT 検査の方法

- ① 血圧、脈拍を測定します。
- ② 造影剤を注入するための点滴を少し太めの針でとります。
- ③ 心拍数が多い方は、注射で一時的に心拍数を少なくします。心臓の動きが早いと、よい CT 画像を得られないからです。
- ④ CT 撮影直前にニトログリセリンという冠動脈をひろげる薬を服用していただきます。
- ⑤ CT 撮影時は 10 秒間くらいの息止めをしていただきます。よい CT 画像を得るためには胸の動きを止める必要があり、この息止めはとても重要です。
- ⑥ 造影剤注入時は体が熱くなりますが、すぐにおさまります。CT 撮影中、ご気分が悪くなったり、体調に異常を感じた場合はお申し出ください。CT 撮影にかかる時間は 15 分間くらいです。
- ⑦ CT 撮影が終了したら、15 分間 - 30 分間くらい休んでいただき、体調に異常がなければ帰宅となります。
- ⑧ 倉敷中央病院での結果説明を希望される方は 2 時間ほどお待ちいただきます。ご了承下さい。
(結果説明は循環器内科外来で行います。)

◆料金について

3 割負担の方で約 1 万円～1 万 5 千円です。

【患者さんへのお願い】

持参していただくもの： ●紹介状 ●保険証 ●予約票(この用紙)

お持ちの場合には、●倉敷中央病院の診察券

また、予約の変更を希望される場合は、下記電話番号へ前もってご連絡いただきますようお願いいたします。

倉敷中央病院 心臓病センター カテーテル室

TEL&FAX (直通) : 086-422-7910

* どうぞお気をつけてお越し下さい。