

冠動脈造影CT検査問診票

患者氏名 _____ 様

医療機関名 _____

依頼医師名 _____

冠動脈造影CT検査を施行するにあたり、患者さんの安全確保及び医療事故を未然に防止するため、以下の事項を確認して依頼医師の署名をお願いいたします。

体重 _____ kg

該当する項目に□内にチェックをお願いします。

- 約 10 秒間の息止めが可能である。
- Cre 1.5 mg/dl 未満である。
- 造影剤使用の既往がある場合、造影剤アレルギーがない。
- ビグアイド系の血糖降下剤（メルビン、グリコラン、メデット、ジベトスなど）を内服していない。
服用している場合は、検査 2 日前から検査 2 日後までの計 5 日間休薬可能である。

* 上記チェック項目がない方は、検討後再度ご連絡申し上げます。

※ 確認事項（結果画像について）

- プリント画像
- プリント画像 + CD-ROM