

心臓 CT 診療情報提供書(兼検査依頼書)→岡崎市民病院循環器内科

氏名: _____

※心臓 CT と心エコーを予約させていただきます。

検査目的	既往歴等	
部位 : 心臓 冠動脈 ・ その他()	過去のヨード造影剤使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
病名または検査の目的(スクリーニング、除外診断、フォローアップ等):	ヨード造影剤による副作用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
経過	薬物アレルギー、花粉症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	心房細動、心房粗動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	血清クレアチニン値 最近(月 日)	mg/dl
身長 . cm 体重 . kg	1.5mg/dl 以上では検査を見合わせます。 推定糸球体濾過値(e-GFR) 60mL/min/1.73m ² 以上を検査の目安としてください。	
内服薬(お薬手帳のコピー等を添付していただいても結構です。)	甲状腺機能先進症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	現在服用中の薬剤: ビグアナイド系薬剤	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

心臓 CT を行う医学的根拠を選択してください。

- ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常
(超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。)
- イ 急性冠症候群
(血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。)
- ウ 狭心症
(定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。)
- エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子
(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合
- オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合は詳細な理由を記載してください。

検査結果の説明 自施設で 岡崎市民病院で
(いずれの場合にも画像データ、所見結果をご提供します。
市民病院での説明の場合は後日予約受診となります。)

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。

参考 ビグアナイド系糖尿病薬

○塩酸メトホルミン
メルピン錠、グリコラン錠、ネルビス錠、メデット錠、
メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠「トーフ」等
○塩酸プロホルミン
ジベトス B 錠、ジベトン S 錠、塩酸プロホルミン錠「ミタ」等

提供いただける資料

ECG	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
胸部 Xp	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血液検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

上記資料は情報提供書とともに検査 1 週間前までにお送り下さい。何らかの理由でない場合、当日検査当日当院にてさせていただきます。
(血液検査は血算、腎機能、肝機能の他、脂質、血糖等の検査を含めお願いします。)