

心臓CT検査問診票

検査予約日 20 年 月 日 予約時間 :

紹介元ご施設名:

氏名: 様 生年月日:

- ① 10秒程度の息止めは可能な患者様ですか? (良・不良)
② 平常時心拍数 ( bpm)
③ 事前の心電図検査にて不整脈は確認できますか? (無・有( ))
④ 現在の心機能 (良・不良)
⑤ 既往歴 (気管支喘息・糖尿病・重篤な甲状腺疾患・その他( ))
⑥ 心血管手術歴 (無・有)

手術歴ありの場合、どのような手術をされていますか?
できるだけ具体的に、ご記入お願いします。(冠動脈バイパス術、ステント留置術等)
日付:
術式:

- ⑦ beta遮断薬の使用禁忌確認 (当院ではロプレソール錠を使用)
※高心拍(65bpm以上)の場合、検査前に使用します。
(使用可です ・ 使用禁忌です(理由: ))
⑧ 硝酸薬の使用禁忌確認 (当院では、ミリスロールテープを使用)
※検査前に使用します。
(使用可です ・ 使用禁忌です(理由: ))

⑨ その他、検査に際しまして、申し送り事項等がありましたら、ご記入下さい。
[ ]

-以下 紹介元医師記入欄-

上記問診を確認し、心臓CT検査を依頼します。
○説明日: 年 月 日 時 分
○説明医師自筆ご署名:

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。