

紹介患者検査予約申込書

年 月 日

〒731-5156

広島市佐伯区倉重1丁目95番地

五日市記念病院

TEL (082) 924-2213 (画像診断技術科)

(082) 924-2343 (地域医療連携室)

FAX (082) 924-2215

紹介元医療機関の

所在地及び名称

電話番号 () -

FAX 番号 () -

医師氏名

管理番号

氏名 (イニシャルで記入 姓・名) ・ 様	男・女	生年月日	M・T・S・H
TEL あれば携帯も	() ()	- -	
検査名	CT ・ MRI	造影の有無	無 ・ 有 ・ 当院へ一任
検査部位			
冠動脈 CT 予約時 記入項目	β-遮断剤(セロケン錠 20mg)の使用		可 ・ 不可
	短時間作用型β1選択的遮断剤(コアベータ静注用 12.5mg)の使用		可 ・ 不可
	ニトログリセリン製剤(ニトロペン舌下錠)の使用		可 ・ 不可
当院での結果説明	不要 ・ 要	診察医指定の有無	無 ・ () 医師
最近の血液検査の結果 (検査してあれば)	クレアチニン	mg/dL (検査日)	
	eGFR(糸球体ろ過量)	mL/min/1.73 m ² (検査日)	
薬剤・造影剤などのアレルギーの有無			
ビグアナイド系糖尿病薬の服用の有無	無 ・ 有 : 薬剤名 ()		

お願い

➤来院の際は必ず保険証を持参していただくよう患者様へのご案内をお願いします。

検査日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

冠動脈CT検査を受けられる方へ

患者ID

患者氏名

様

検査日

検査当日は、予約時間の1時間前に来院され、受付を済ませてお待ちください。

- ご都合により来院できない場合は、早めにご連絡ください。
- 検査の都合などで、検査の開始および終了時間が多少前後する場合がありますのでご了承ください。
- 順番が来ましたら、看護師または担当技師がお呼びします。

〈気を付けて頂きたいこと〉

- 検査開始の1時間前までに昼食をとり来院してください。
食事制限や水分摂取の制限はありません。
医師から特に制限されていない場合は、水やお茶などの水分をしっかりとって来院してください。
- 服用されている薬はいつも通り内服してから来院してください。
※抗けいれん剤や血圧降下剤を服用されている方は内服してから来院してください。
- 下記糖尿病薬を内服中の方は腎機能の値により休薬が必要になります。
 メトグルコ メタクト メトホルミン エクメット グリコラン
 イニシンク メトアナ ジベトス ジベトン
【休薬期間： 月 日（ ） : ~ 月 日（ ） : (検査後48時間)
- メドロール錠の内服が必要な方
内服日時： 月 日（ ） 就寝前
月 日（ ） : (※検査2時間前)

検査時には、当院の検査着に着替えていただきます。
(金具・ボタンのついている下着は脱いで頂きますが、担当技師の指示に従って下さい。)

- ◎ 点滴などの処置も含めて2~3時間かかります。
- ◎ 検査は、およそ30分かかります。
- ◎ 検査について、心配なこと・わからないことがありましたら、
担当医師・看護師・担当技師にお尋ね下さい。