記入後、折り返しＦＡＸお願いします

心臓（冠動脈）CT 造影検査問診・確認票（受託用）

安全に心臓（冠動脈）CT 検査を行うため、下記項目に関して記入お願いします。　　年　　月　　日

患者名　　様　　体重　　kg

①造影剤使用に関して

腎機能について

３か月以内の血液データを記入ください。

eGFR　　ml/min/1.73mm　あるいは　血清クレアチニン　　mg/dl

※ eGFR<30ml/min/1.73mm,血清クレアチニン 2.0mg/dl の方は原則禁忌です。

●下記項目に該当する方は、原則禁忌となっています。検査を施行する際は、危険性についてご説明ください。

ヨード過敏症の既往　重篤な甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症・多結節性甲状腺腫など）気管支喘息

重篤な肝障害　重篤な腎障害（eGFR<30ml/min/1.73mm）マクログロブリン血症　多発性骨髄腫

テタニー　褐色細胞腫

●透析中の方は冠動脈の石灰化が強いため、検査を推奨致しません。

●ビグアナイド系糖尿病薬を服用中の方は、検査日前後それぞれ２日間（合計５日間）の休薬が必要です。

☐　上記について、説明・確認しました

②冠動脈検査に関して

【心電同期・息止めについて】

心電同期で撮影のため下記項目に該当される方は適しません。

・頻脈性心房細動（安静時の心拍数が概ね８０以上）の方

・期外収縮の多い不整脈（二段脈・三段脈）の方

（心房細動でも頻脈のないものや散見される期外収縮は問題ありません。）

・撮影時は **約 15 秒の息止めが必要** です。息止めが難しい方は画像不良の可能性があります。

☐　心電同期・息止めについて確認しました

【β遮断薬・硝酸薬について】

・β遮断薬（メインテート・コアベータ）使用の可否　※心拍数を下げる薬です。

☐　使用可能　　☐　使用不可（理由：　　）

・硝酸薬（ミオコールスプレー）使用の可否

※肺高血圧症・ED の治療中でホスホジエステラーゼ５阻害薬を使用中の方は禁忌です。

（レバチオ・レビトラ・バイアグラなど）

※閉塞隅角緑内障の患者は禁忌です。（低血圧症のある患者は注意が必要です。）

☐　使用可能　　☐　使用不可（理由：　　）

上記内容・造影剤副作用・検査について、被検者もしくは家族に説明し同意を得ました。

医療機関名　　医師名

※上記に関しての疑問・不明な点などは地域医療連携室に問い合わせ下さい。

府中病院 地域医療連携室（直通）　ＴＥＬ：0725-40-2147