

# 冠動脈スクリーニングCT検査依頼・チェックシート (診療情報提供書)

検査を受けるにあたり、患者様・ご家族様にCT検査の目的・方法・予測される  
リスク等説明し、同意のもと検査等を依頼します。

|                         |    |              |            |
|-------------------------|----|--------------|------------|
| フリガナ                    |    | 貴院の名称        |            |
| 氏 名:                    |    |              |            |
| 生年月日:M・T・S・H 年 月 日 ( 歳) |    |              |            |
| 電話番号:                   |    | 医師氏名:        |            |
| 疾患名:                    |    | 電話番号:        |            |
| 身長:                     | cm | 体重:          | kg         |
|                         |    | 日光医療センター受診歴: | 有 ・ 無 ・ 不詳 |

**\* 検査実施時の確認事項 \***

|   |       |                             |                              |
|---|-------|-----------------------------|------------------------------|
| 1) 最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください  | mg/dl | 検査日( 年 月 日)                 |                              |
| *クレアチニン1.3mg/dl 以上(eGFR 45未満)の場合、検査が出来ない可能性があります  |       |                             |                              |
| 2) メトホルミン(糖尿病用剤)を服用している   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| *内服している場合、検査日 1日前から3日間服用を止めていただきます  |       |                             |                              |
| 3) 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)が入っている   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4) 透析を実施している  |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5) 喘息の既往がある   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⇒ ある場合..... 現在治療中である  |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6) アレルギーがある (アレルギー: )   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7) 甲状腺機能亢進症の治療中である  |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8) (女性のみ)妊娠中である   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9) 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがある   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⇒ その時副作用はありましたか?(症状: )  |       |                             |                              |
| 10) 既往歴: ( )  |       |                             |                              |
| 11) 手術歴: ( 年頃 部位・診断 )   |       |                             |                              |
| 12) 検査結果の説明は貴院で行いますか?   |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| *いいえの場合、当センターで後日結果説明の再診が入ります  |       |                             |                              |
| 13) 処方箋のコピーを添付してください。(おくすり手帳持参でも可)  |       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14) 申し送り事項があればお書きください。  |       |                             |                              |
| <b>獨協医科大学日光医療センター</b><br><b>地域連携・入退院支援センター 直通</b><br>電 話 : 0288-76-1717<br>F A X : 0288-76-1700 |       |                             |                              |

この依頼書を日光医療センター循環器内科 外来担当医宛に持参下さいますようお願いいたします。  
ご紹介患者様の検査結果(検査レポート・CD・報告書)は1週間前後にお送りいたします。