心臓CT検査を受けられる方への問診票

氏名：　　生年月日：（M/T/S/H）　年　月　日

【 患者さんへ伺います 】

1. これまで造影剤を使用した検査を受けたことがありますか
   □ はい　□ いいえ
   →「はい」の場合、検査中や検査後（帰宅後も含めて）に副作用が出現しましたか
   □はい（吐き気・嘔吐・くしゃみ・息苦しさ・血圧低下）　□ いいえ

2. 以下の病気と診断されたことがありますか
   □ 多発性骨髄腫　□ マクログロブリン血症　□ 褐色細胞腫　□甲状腺機能亢進症
   □ 特に診断されいない

3. アレルギー性の病気や体質はありますか。「はい」の方はあてはまるものを〇で囲ってください
   □ はい（気管支喘息・じんま疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー・その他（　　））
   □ いいえ

4. 両腕を挙げることができますか
   □ はい　□ いいえ

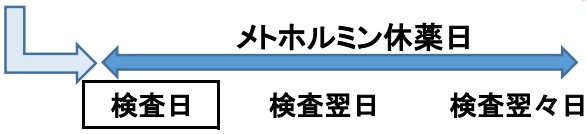
5. 10秒間の息止めはできますか
   □ はい　□ いいえ

6. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠されていますか
   □ はい　□ いいえ

7. 他の医療機関から処方されているお薬がありますか
   □ はい　□ いいえ

【 医療機関の方へ確認とお願い 】

□ 患者さんは、心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器の埋め込みをおこなっていますか
　□ はい（ メドトロニック社製ですか　□ はい　□ いいえ ）　□ いいえ
□ 患者さんの身長・体重の値をご記入ください　身長　　cm　体重　　kg
□ 患者さんは、ビグアナイド系糖尿病薬の内服がありますか
　□ はい　□ いいえ
　※ビグアナイド系糖尿病薬は、腎機能に応じた休薬が必要となります。
　直近1ヶ月のeGFR値を確認いただき下記ご対応ください。
◇A 腎機能eGFR＞60ml/分/1.73㎡に該当　＝ 休薬の必要なし
◇B 腎機能eGFR 30-60ml/分/1.73㎡に該当　＝ **検査日、翌日、翌々日　休薬の必要あり**



□ コントロール不良な喘息をお持ちの患者さんについては、事前に当院までご相談下さい
□ 直近1ヶ月以内の腎機能の値が書かれたデータを一緒に送って下さい

この用紙は、診療情報提供書・採血データ（腎機能）と一緒に
へつぎ病院　地域連携室までFAXして下さい
　地域連携室
　TEL：097-597-5812　FAX：097-597-3667