

冠動脈(心臓)CT 検査

氏名 様
生年月日 年 月 日
検査予約日: 年 月 日
検査予約時間: AM ・ PM 時 分

※問診表（紹介元医師確認事項、以下の項目についてご確認ください。）

- ①ニトロベン錠等の硝酸薬の内服が可能である
- ②心拍数を 70 回/分以下にコントロールするため、βブロッカーの内服が可能である。
※セロケン・・・ 40mg (20mg ×2) を検査 2 時間前に服用して下さい。
ふだん心拍数が 70 以下/分以下の方は服用しないで持参ください。
ニトロペン・・・ 1 錠を持参下さい。
- ③心臓ペースメーカー植え込み術を施行していない
- ④息止めができる (10 秒程度)
- ⑤糖尿病の薬を服用している。*「はい」の場合 (お薬の名前:)
*「ビグアナイド系糖尿病薬を服用している」場合: ヨード造影剤を併用すると乳酸アシドーシスをきたすことがあるため、薬の服用を中止する必要があります。
検査予約後、薬の服用につきましては患者様にご指示ください。

《検査当日のながれ》

- ① 1F 受付 ※下記の用紙を当院ホームページよりダウンロードして下さい。
『放射線 検査依頼書・診療情報提供書 (CT・MRI 検査用)』
『CT 造影剤使用説明書および同意書』
- ②1F 採血室で造影剤注入に必要なルートを確認します。
- ③2F CT 室で検査となります。
- 検査時間は 15 分程です。

検査当日の食事について

検査 4 時間前は食事をとらないでください。水やお茶などの水分はお飲み頂いて構いません。ただし、医師より水分摂取の制限がある場合は除きます。

検査の結果について

- ・画像作成は検査翌日までにこない、CD-R を郵送いたします。
(通常、CD-R をお届けするのに 2~3 日かかります。)
- ・ご希望により、読影も承ります。
(ドクターネット遠隔読影: 読影依頼の翌営業日に結果を FAX で送信いたします。)