

冠動脈CT検査 ご利用の手引

1. 使用機器

マルチスライス CT（シーメンス製 Definition AS+）です。

2. 検査日時

月・火・木・金曜日の13:00から循環器内科診察を行い引き続き検査します。

3. 検査料金等

当院で医事請求致します。

4. 申し込み方法

1) 検査申込書をFAXしてください。

2) 折り返し確認票と検査予約票（患者用）を返信しますので、検査予約票を患者さまへお渡しください。**（19時過ぎ、土日祝は、翌診療日にお返事させていただきます。）**

5. 予約の締め切り

検査3日前の19:00までにご連絡ください。

6. 検査当日の手順（患者さんの流れ）

1) 12時30分に本館2階「医療連携窓口」にお越しいただきます。

受付後、循環器内科外来へご案内します。

2) 当日は、循環器内科・担当医宛の診療情報提供書を必ず持参させて下さい。

診療情報提供書に簡単な病歴・血清Cr値（1年以内のもの）・ビグアライド系糖尿病治療薬服用の有無をご記入下さい。

7. 結果報告

検査結果は、原則として1週間以内にCDともに配達いたします。CDは、貴院で保管していただきますようお願いいたします。フィルムが、必要な場合はお申し出下さい。

8. 注意

ビグアライド系糖尿病治療薬服用中の患者さんは、造影剤使用の前後48時間（合計4日間）の休薬が必要です。不整脈の方、息がしっかり止められない方（10秒程度の息止め）、心拍数が十分に下がらない方は、上手く検査ができません。

ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴のある方や重篤な甲状腺疾患のある方は、検査できません。その他、腎機能の悪い方など検査ができない場合があります。

お問い合わせ先

- 予約に関する事務的な事柄：地域医療連携・相談室（月～金 8:30 から 19:00 まで）
- 検査に関する医療・技術的な事柄：循環器内科外来（月～金 8:30 から 17:00 まで）

冠動脈CT検査 FAX 申込書

年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ 様

男・女（ ）才

T・S・H・R 年 月 日

住所 _____

TEL _____

中京病院の受診歴（あり・なし） 診察券番号（ ）

冠動脈CT検査予約日時

年 月 日（ 曜日）14:00～

検査の前13:00から循環器内科の診察を行います。

※あらかじめお電話での仮予約をお願いいたします。

1. 検査希望日の3日前19時までにお申し込み下さい。
2. 折り返し確認票と検査予約票を返信致します。**19時過ぎや土日祝は、翌診療日となります。**
3. 検査当日、循環器内科宛ての**診療情報提供書**（簡単な病歴・血清Cr値・ビグアライド系糖尿病治療薬服用の有無を記入）と**検査予約票**のご持参が必須です。
4. ビグアライド系糖尿病治療薬服用中の患者さんは造影剤使用の前後48時間(合計4日間)の休薬が必要です。
妊娠初期（3ヶ月以内）の方や、ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴のある方、重篤な甲状腺疾患のある方は、検査できません。
その他、腎機能の悪い方など検査ができない場合があります。
不整脈の方、息がしっかり止められない方（10秒程度の息止め）や、心拍数が十分に下がらない方は、上手く検査できません。
5. 検査当日は12時までに昼食を済ませて下さい。水分の制限はありません。

お申込先：中京病院 地域医療連携・相談室（月～金 8:30 から 19:00 まで）

電 話：052-691-6886（直通）

F A X：052-691-6053