

冠動脈 CT 依頼票(中頭病院 放射線科 CT 行き)

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別:( 男 ・ 女 ) 年齢: \_\_\_\_\_

A. 臨床症状

- ① 虚血性疾患を疑う臨床症状 ( あり ・ なし )  
② 心電図上の虚血性変化 ( あり ・ なし )  
③ その他の症状 ( あり ・ なし )  
ありの場合は詳細を記入 ( あり ・ なし )

B. 手術歴

- ① CABG 手術歴 ( あり ・ なし )  
ありの場合は詳細を記入

- ② PCI の既往 ( あり ・ なし )  
ありの場合は詳細を記入

- C.  $\beta$ -bloker、コアベータ投与の可否 ( 使用可 ・ 使用不可 )  
(HR65～89:コアベータ投与 体重×0.1mL ml/kg、 HR90 以上はロプレソール 40mg 投与)

- D. ミオコールスプレーの使用可否 ( 使用可 ・ 使用不可 )

- E. 撮影範囲 ( 心臓のみ ・ グラフトも含めて )

- F. その他、要望事項

記載日:(20\_\_\_\_年 月 日)

依頼医療機関\_\_\_\_\_

依頼医署名\_\_\_\_\_

※FAX にて返信下さいますようお願いいたします。(FAX:098-929-3125)