

検査予約票

この時間に遅れないように、来院してください。遅れると検査ができません。

薬品名がわからない方は、自宅を確認後、お早めに地域医療連携室までお渡しください。

ID番号： _____ 様
 氏名： _____
 検査種： 冠動脈 CT検査
 検査予定日： _____年 _____月 _____日()
 来院時間： 13時 40分 **1階 新患受付**
 診察時間： 14時 00分 循環器内科外来
 検査時間： 15時 30分

【注意事項】(よくお読みください。)

来院時間までにこの用紙と保険証を持って、**1階 新患受付**にお越しください。

(当院の診察券をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。)

「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

- **検査当日の昼食は、食べないでください。**ただし、お茶・お水にかぎりお飲みいただけます。
- 造影剤を静脈に注射します。アレルギーのある方は、申し出てください。
- すでに飲んでおられるお薬は、かかりつけの医師に相談の上、指示通りに服用してください。
- **糖尿病治療中で、以下のお薬を現在服用している方は、冠動脈CT検査前後の一定期間の服用を中止してください。**

薬の作用	商品名
血糖降下剤 (ビッグリド系薬剤)	メトグルコ・メルピン・グリコラン・ネルピス・メデット・メトリオン・ジベトス・メトホルミン塩酸塩・シベトンS・塩酸プロホルミン錠「ミタ」 他
服用中止期間： _____月 _____日() ~ _____月 _____日() の5日間	

【検査にあたって】(よくお読みください。)

- 循環器内科外来で脈拍と血圧を測定し、頻脈の方で医師が必要と判断した方のみβ遮断薬を服用していただきます。服用から検査開始まで静かに過ごしてお待ちください。その間に気分が悪くなった場合は、我慢せずに近くの看護士に声をかけてください。
- CT検査室ではまず心電図を装着します。次に検査の為に血管を確保します。きれいな画像を得るために通常のCT検査より太い針を使用します。血管が確保できない場合は検査中止になることがあります。
- 血管確保後、造影剤検査を開始します。(β遮断薬やニトロ製剤は診察にて必要な方のみ使用します) 万が一、血圧や脈拍の低下、アレルギー等の副作用発現時は適切な処置をいたします。
- 造影剤は尿に排泄されます。検査後、水分制限のない方は多めに水分を摂り、排尿するようにしてください。
- ごくまれですが数日後に、かゆみ、吐き気、息苦しさ等の症状が現れることがあります。その際は下記にご連絡ください。

《放射線の影響について》

- 受けた放射線の量が100ミリシーベルト未満であれば、放射線検査を受けた人も受けなかった人も、発がん率や遺伝的な影響の差はないと言われています。
- 当院での心臓(冠動脈)CT検査の、標準体型の方の平均放射線量は、3.51ミリシーベルトです。
- 放射線量は患者様の体型等により多少の差異があります。
- 当院では、放射線の量に関する法律やガイドライン等に則り、なるべく少ない放射線の量でCT検査が行えるように、装置の管理や撮影条件の設定を行っております。

【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約13,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元に相談し、**検査予約日の前日午前中までに**、地域医療連携室までご連絡ください。