



(公財)心臓血管研究所付属病院

CT 検査申込書 (紹介状・診療情報提供書)

ご予約は診療連携部にお電話ください。その時点で予約日時をご案内します。

検査ご予約 TEL 03-3408-2315(診療連携部直通)

申込書送信FAX 03-3408-2168

- ◇ CT 検査申込書にご記入いただき、FAX 送信をお願いします。
- ◇ 造影 CT 検査は別紙『造影CT検査に関する説明・同意書』が必要となります。
- ◇ CT 検査申込書・同意書のコピーを当日お持ち頂けるよう患者さまへお渡しく下さい。
- ◇ 『検査予約票』は予約日時をご記入のうえ、患者さまにお渡しく下さい。
検査のご案内や当院案内図の記載がございます。

禁忌事項および注意事項について

以下に該当する患者さまにおかれましては原則造影CT検査不可となります。ご了承ください。

- ・3か月以内の採血データにおいて eGFR 値が30未満^{注1}
- ・ヨード造影剤による副作用歴がある^{注2}
- ・活動性の気管支喘息がある
- ・アナフィラキシーショックの既往がある
- ・未治療で、症状を有する甲状腺機能亢進症がある

注1) eGFR(推算糸球体濾過)値が30以上45未満の場合、造影剤による腎臓への負担を軽減するための点滴を行います。検査終了後1時間程度お時間をいただきますので、その旨患者さまにお伝えください。

注2) ヨード造影剤の副作用歴がある患者さまは造影CT検査不可となりますが、軽度な副作用歴の場合のみプレドニン30mgの事前投薬にて造影CT検査可とさせていただきます。詳しくはお問い合わせください。

《ビグアナイド系糖尿病薬について》

ヨード造影剤との併用により乳酸アシドーシスを起こす可能性がある為、ビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ・メトホルミン等)をお飲みの場合は原則4日間(検査前日より検査当日含め3日間)の休薬指示をお願いします。

《冠動脈CT検査時のお願い》

冠動脈CTではHR60以下で良好な画像が取得可能とされており、HR80以上の場合、検査中に用いる短時間作用型β遮断薬(コアベータ)のみで心拍数を十分に下げる事が困難です。

診断精度向上のため、安静時HR80以上で心拍数を下げるお薬(セロケン・ロプレソールなど)を検査1時間前に内服可能な患者さまには、ぜひ事前投薬のご検討をお願いします。

検査に関してのお問合せ

検査お申し込み、検査内容、造影剤に関する内容やご不明な点などお気軽にお問合せください。

(電話受付:平日 8:30 より17:00)



公益財団法人

心臓血管研究所付属病院

〒106-0031 東京都港区西麻布 3-2-19

TEL(代表)03-3408-2151

CT室(内線 261)

診療連携部直通 03-3408-2315

申込日 年 月 日

CT 検査申込書 (紹介状・診療情報提供書)

ふりがな		貴医療機関名
氏名	男・女	
生年月日	年 月 日 (歳)	ご担当医師名

予約日時 月 日 () 時 分 までに来院

貴院次回診察日

月 日

検査枠 時 分

未定

検査項目 該当する検査項目に をしてください

造影 CT

心臓(冠動脈 冠動脈+大血管 心臓系その他) 腹部臓器精査大血管(頭部 頸部 胸部 腹部 下肢) 他部位()

単純 CT

頭部 胸腹部 胸部 腹部 下肢 他部位()

検査目的 ※具体的な症状・検査目的のご記入をお願いします

禁忌事項および患者さま情報

造影CT検査はすべてご記入をお願いします

3か月以内の血清クレアチニン値/eGFR値 / (検査日: 年 月 日)

※eGFR30未満は造影CT検査不可。30以上45未満は検査後に点滴処置を行います。

造影剤副作用歴 (使用歴なし・副作用歴なし・副作用歴あり:) プレドニン事前投薬指示

気管支喘息 (なし・あり:)

アレルギー (なし・あり:)

感染症 (なし・不明・あり:)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用 (なし・あり) 前日から4日間の休薬指示

心臓(冠動脈)CT検査

冠動脈CT検査はこちらもご記入をお願いします

ニトログリセリン舌下スプレー (可・不可) ※良好な画像取得ため原則ニトロ使用

短時間作用型βブロッカー使用 (可・不可) ※検査時HR60以上の場合に使用

検査1時間前のβブロッカー事前投薬 (なし・あり) ※安静時HR80以上の方はご検討ください

ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

検査後1週間程度で画像 CD と結果報告書を郵送します。至急の場合は予約時にお申し出ください。

検査予約票 (患者様にお渡してください)

患者様用

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)



公益財団法人

心臓血管研究所附属病院

〒106-0031 東京都港区西麻布 3-2-19



※検査内容に関するお問合せ
※予約日時に遅れそうな場合 など
☎ 03-3408-2315
におかけください(平日 8:30~17:00)

予約日時 月 日 () 時 分 までに外来受付へおいでください
※予約日時の変更などは、まず主治医の先生へご相談ください

ご持参いただくもの

○検査予約票 ○保険証(高齢受給者証など各医療証) ○主治医からの書類など

造影CT検査をお受けになられる方へ

- ・検査24時間前からのカフェインを含む飲料およびアルコールの摂取はお控えください。
その他、お水などの飲料に制限はありませんので、適度に水分補給を行い脱水には十分注意してください。
- ・お食事はご来院の3時間程度前までに軽めに済ませていただくようお願いします。

お薬を服用されている方へ

- ・検査で使用するお薬が使えない場合がありますのでED治療薬(バイアグラなど)の48時間以内の服用はおやめください。
- ・メトホルミンやメトグルコなど、ビッグアナイド系糖尿病治療薬を服用している場合は、主治医へ休薬をご相談ください。

検査費用について

・検査費用は単純CTで5千円前後、造影CTで1万円前後となります(保険適応3割負担の場合)。

病院案内図



電車をご利用の方

- **H** [日比谷線] 六本木駅 1番a出口より 徒歩7分
- [大江戸線] 六本木駅 3番出口より 徒歩9分
- **C** [千代田線] 乃木坂駅 5番出口より 徒歩13分
乃木坂駅からコミュニティバス「ちいバス」で
「六本木ヒルズ」または「けやき坂」下車が便利です



バスをご利用の方

- [都営バス]
「EX シアター六本木前」「六本木ヒルズ」
バス停より徒歩5分

- ①六本木通り沿いを六本木ヒルズ方面(渋谷方面)に進む
※1番a出口から約250m 3番出口から約400m
- ②テレビ朝日通りを横断した後、左折し300mほど進んだ右側
※六本木けやき坂通りを過ぎて30m

◇ご来院からご帰宅まで1~2時間程度かかります◇
検査内容により異なりますが、検査後のご予定には余裕を持っていただくようお願いします。
検査状況により多少お待ちいただく場合がございますので予めご了承ください。



その他アクセス方法はこちら