



(公財)心臓血管研究所付属病院

心研

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(診療連携室直通)

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ださい。
- ◇ 『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ださい。
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。

- ・ヨード過敏またはヨード造影剤使用による中等度以上の副作用歴がある^{注1}
- ・コントロール不良の気管支喘息^{注2}
- ・重度の腎機能低下 (eGFR30未満)

注1) 軽度な副作用歴のみプレドニン前投薬にて造影CT検査可となります。

注2) 薬物等によりコントロールされている場合はプレドニン前投薬にて造影CT検査可となります。

※プレドニン前投薬ルールなど、詳しくは当院までお問合せください。

《ビグアナイド系糖尿病薬について》

ヨード造影剤使用により腎機能が低下した場合に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)を服用中の場合は、原則4日間(検査前日より検査当日含め3日間)の休薬をお願いします。ただし、至急の検査など検査前休薬が難しい場合は申込時にご相談ください。

《冠動脈CT検査申込時のお願い》

ニトログリセリンおよびβ遮断薬の使用可否のご記入をお願いします。

冠動脈CTでは画像・診断精度向上のため、安静時HR80以上の場合は、検査1時間前にβ遮断薬(ロプレソール)を服用して頂く場合があります。また、撮影時HR65以上の場合は、短時間作用型β遮断薬(コアベータ)を静注投与します。冠動脈CT検査時は使用可否のご記入を必ずお願いします。

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)



心研

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)

診療連携室直通 03-3408-2315

1部複写(コピー)お願いします

申込日 年 月 日

CT 検査申込書 (紹介状・診療情報提供書)

お名前	_____ さま		貴医療機関名 _____ _____
	TEL(_____)		
性別	男 ・ 女		ご担当医師名 _____
生年月日	年 月 日 (歳)		

予約日時	月 日 () 時 分 までに来院	貴院次回診察日
	検査枠 時 分	月 日 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(<input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 冠動脈+大血管 <input type="checkbox"/> 心臓系その他)	<input type="checkbox"/> 腹部臓器精査
	大血管(<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢)	<input type="checkbox"/> 他部位(_____)
単純 CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 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

血清クレアチニン値: (約3か月以内のデータ)	(eGFR 値: _____)	検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
		eGFR30未満は造影CT検査不可となります

ヨード造影剤副作用歴	(なし・あり)[_____]	軽度副作用のみプレドニン前投薬で検査可(※1) <input type="checkbox"/>
気管支喘息(※2)	(なし・あり)[_____]	ありの場合、プレドニン前投薬で検査可 (※1) <input type="checkbox"/>
アレルギー歴	(なし・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(至急の場合を除く) <input type="checkbox"/>
感染症	(なし・不明・あり:HBV・HCV・HIV・その他 _____)	

(※1)【前投薬ルール】 プレドニン1回30mgを ①前日就寝前 ②当日検査2時間前 の2回 計60mg を服用。
 (※2)小児喘息や過去の既往歴で、5年以上症状がない場合には前投薬不要です。コントロール不良の活動性喘息は造影 CT 検査不可。
 詳しくはお問い合わせください。

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ミオコールスプレー使用
β遮断薬の内服(検査1時間前)	(可・不可)	HR80以上の場合、検査1時間前にロプレソール内服
短時間作用β遮断薬の投与(検査中)	(可・不可)	HR65以上の場合、検査時にコアベータ静注投与

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 (患者様にお渡しください)

患者様用



公益財団法人

心研

心臓血管研究所附属病院

〒106-0031 東京都港区西麻布 3-2-19



お名前	さま
性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)
Tel (— —)	

※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 分までに外来受付においでください。
※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 12 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。
- ・検査当日の食事制限はありません。水分補給を適度に行い脱水には十分注意してください。
- ・着替えやすい服装でご来院ください。

《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、ピグアナイド系糖尿病治療薬を服用している場合は、前日より休薬をお願いします。

《検査費用について》

- ・検査費用は単純CT検査で5千円前後、造影CT検査で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



<ご来院は公共交通機関をご利用ください>



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
- D** [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



その他アクセス方法はこちら

◇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。