

心臓CT検査問診票

平成 年 月 日

患者様氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳

医療機関名： _____

医師： _____

医師確認記入事項

にチェックをお願いします。

- 冠動脈・心臓の病変を診断するため、造影検査が可能である。
- 心拍数を75回／分以下にコントロールするため、 β ブロッカーの使用が可能である。
- 硝酸薬の舌下が可能である。
- 15秒程度の息止めが可能である。

下記の項目にチェックおよび記載をお願いします。

- ・ β ブロッカー過敏症の既往 (有 ・ 無)
- ・ 硝酸系薬剤過敏症の既往 (有 ・ 無)
- ・ 喘息 (有 ・ 無)
- ・ 糖尿病性ケトアシドーシス、代謝性アシドーシス (有 ・ 無)
- ・ 高度の徐脈、房室ブロック、洞房ブロック、洞不全症候群 (有 ・ 無)
- ・ 心原生ショック、肺高血圧による右心不全、うっ血性心不全 (有 ・ 無)
- ・ 高度の貧血 (有 ・ 無)
- ・ 低血糖 (有 ・ 無)
- ・ 閉塞性肥大型心筋症 (有 ・ 無)
- ・ 閉塞隅角緑内障 (有 ・ 無)
- ・ 重症の末梢循環不全 (有 ・ 無)
- ・ 未治療の褐色細胞腫 (有 ・ 無)
- ・ 頭部外傷、脳出血 (有 ・ 無)
- ・ 勃起不全治療薬 (バイアグラ[®] ・ レビトラ[®]) 投与中 (有 ・ 無)
- ・ 妊娠 (有 ・ 無)
- ・ 通常血圧 _____ / _____ mmHg 心拍数 _____ 分 体重 _____ kg

※控えが必要な場合は、コピーをお願いします。