

# 冠動脈CT検査記録



患者名	予約日	年	月	日	(曜日)
生年月日	年	月	日	検査日	年 月 日 (曜日)
性別	男性	・	女性	来院時間	時 分
緊急連絡先	検査開始時間	時	分		
<b>〈検査オリエンテーション〉予約日</b> <input type="checkbox"/> 来院時間の説明(検査1時間15分前に来院) <input type="checkbox"/> CT・X-P検査申込書 <input type="checkbox"/> 絶飲食の説明 <input type="checkbox"/> 問診票・承諾書 <input type="checkbox"/> 腎機能データ 月 日 Cre <input type="checkbox"/> 身長 cm、体重 kg <input type="checkbox"/> BP / 、P <input type="checkbox"/> 負荷の確認・検査実施不可 <input type="checkbox"/> eGFR(60以下は確認) <input type="checkbox"/> BMI(30以上指示確認)			<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー (有 無) <input type="checkbox"/> 喘息 (有 無) <input type="checkbox"/> 糖尿病 血糖降下剤の服用(有 無) 血糖降下剤の休薬の指示 ( 月 日 ~ 月 日 ) 〈既往症〉 有 無 看護師 [ ] [ ]		

**※チェックや記載がない項目があると、検査できない場合があります。**

## 予約時の流れ

