

病診連携 冠動脈造影CT問診票 1 (かかりつけ医用)

冠動脈造影CT検査を依頼される医師の方へ

1) 保険請求上必要なため、下記ア～オいずれに該当するか、チェックをお願いします。チェックがない場合は、検査をさせていただくことができません。

- ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）
- イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）
- ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）
- エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子が認められる場合
→糖尿病 高血圧 脂質異常症 喫煙 その他（ ）
- オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合
（理由をお書きください： ）

2) 患者さんに問診票2を記入していただくとともに、下記の<禁忌><原則禁忌>及び<冠動脈造影チェック項目>に該当する患者さんでないことをご確認の上、下記 にチェックをお願いします。

<禁忌> 1. ヨード過敏症の方 2. 重篤な甲状腺疾患である方

<原則禁忌> 1. メトホルミン製剤服用中の方 2. 一般状態が極度に悪い方
3. 気管支喘息のある方 4. 重篤な心・肝・腎疾患のいずれかがある方
5. 急性膵炎の方 6. マクログロブリン血症の方 7. 多発性骨髄腫の方
8. テタニーのある方 9. 褐色細胞腫及びその疑いのある方

<冠動脈造影CTチェック項目>

- 1. 腎機能障害・血清Cr値異常 2. 慢性心房細動 3. 房室ブロック
- 4. 心不全 5. ペースメーカー・植え込み型除細動器
- 6. 頻脈（安静時100/分以上）

*<禁忌><原則禁忌>および<冠動脈造影CTチェック項目>に.....

該当する いずれにも該当しない

*問診結果と合わせ、ヨード造影剤による冠動脈造影CT検査は可能と判断します。

記入日 _____ 医療機関名 _____ 医師名 _____