

心臓CT検査問診票
Medical Questionnaire for Cardiac CT Examination

検査予約日	20	年	月	日	予約時間		:	
Examination Date	20	Year	Month	Day	Scheduled Time		:	

紹介元ご施設名: _____
 Name of the referring institution: _____

氏名: _____ 様 生年月日: _____
 Name: _____ Date of birth: _____
 Mr./Ms. _____

- ① 10秒程度の息止めは可能な患者様ですか? (良 ・ 不良)
 Is the patient able to hold breath for about 10 seconds? (Good / Poor)
- ② 平常時心拍数 (bpm)
 Normal pulse count (bpm)
- ③ 事前の心電図検査にて不整脈は確認できますか? (無 ・ 有 ())
 Can arrhythmia be confirmed by a prior ECG examination? (No ・ Yes ())
- ④ 現在の心機能 (良 ・ 不良)
 Current cardiac function (Good / Poor)
- ⑤ 既往歴 (気管支喘息・糖尿病・重篤な甲状腺疾患・その他())
 Medical history (bronchial asthma, diabetes, significant thyroid disease, other ())
- ⑥ 心血管手術歴 (無 ・ 有)
 History of cardiovascular surgery (No / Yes)

手術歴ありの場合、どのような手術をされていますか?
 できるだけ具体的に、ご記入をお願いします。(冠動脈バイパス術、ステント留置術等)
If you have a history of surgery, what type of surgery was performed?
 Please complete the following information as specifically as possible. (coronary artery bypass, stenting, etc.)
 日付:
 Date:
 術式:
 Surgical Technique:

⑦ β遮断薬の使用禁忌確認 (当院ではロプレソール錠を使用)

Check for contraindications to the use of beta-blockers (Lopressor tablets are used in our hospital)

※高心拍(65bpm以上)の場合、検査前に使用します。

※ In case of a high heart rate (>65 bpm), it is used before the examination.

(使用可です ・ 使用禁忌です(理由: _____))

(Can be used / Use is contraindicated (Reason: _____))

⑧ 硝酸薬の使用禁忌確認 (当院では、ミリスロールテープを使用)

Check for contraindications to the use of Nitrates (Millisrol tape is used in our hospital)

※検査前に使用します。

※Used before the examination.

(使用可です ・ 使用禁忌です(理由: _____))

(Can be used / Use is contraindicated (Reason: _____))

⑨ その他、検査に際しまして、申し送り事項等がありましたら、ご記入下さい。

Please complete any other details that you wish to share with us regarding the examination.

-以下 紹介元医師記入欄-

Below: To be filled in by the referral physician-

上記問診を確認し、心臓CT検査を依頼します。

After confirming the above medical questionnaire, I request a cardiac CT examination.

○ 説明日: 年 月 日 時 分

Explanation

Date: Year Month Day Hour Minute

○説明医師自筆ご署名:

Hand-written signature of the physician providing explanation:

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

Please make sure to provide the hand-written signature of the physician providing explanation.