冠動脈CT予約申込書

市立秋田総合病院　患者サポートセンター宛 （FAX： 018-866-7169）

以下を記載・チェックの上ファックスしてください。

医療機関名	TEL
	FAX

ふりがな		市立病院患者番号（受診歴がある場合）	
氏　名			
生年月日	大 ・昭 ・平 ・令　　年　　月　　日	性 別	男　・　女
住　所			

検査目的:

＜チェックリスト＞

身長:　（　　cm）　体重:　（　　kg）　腹囲:　（　　cm）

血清クレアチン:　（　　mg/dl）

造影剤検査歴:　□なし　□あり　□不明

ヨードアレルギー:　□なし　□あり（　　）□不明

不整脈:　□なし　□あり（　　）□不明

腹膜透析・血液透析:□なし　□あり　糖尿病: □なし　□あり　□不明

喫煙:　□なし　□あり　□不明

気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患　□なし　□あり　□不明

*その他コメントがあれば御記載下さい。

【備考】　希望日や都合の悪い日等ございましたら、ご記入ください。

[　　]

【注意事項】

1.受付について　:　検査予定時刻の30分前には総合案内で受付してください。

2.食事等について:　少なくとも検査前4時間は食事を取らないでください。（例えば15時の検査ならば11時以降は食事不可です。）水やお茶、スポーツドリンクなど水分は最低でも500ml程度取るようにして下さい。

3.糖尿病治療薬について:　当日は朝から全ての経口血糖降下薬、インシュリンを中止して下さい。
メトホルミンは検査前2日、当日、検査後2日の計5日間休薬して下さい。

市立秋田総合病院　患者サポートセンター　TEL　018-883-4406
月～金曜日　8:30～17:00（土日祝祭日休）

令和8年　6月　1日　　改訂