

## 冠動脈造影CT紹介手順のご案内

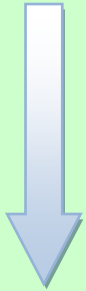
### 貴院

① 専用の診療情報提供書をFAXして頂きます。(FAX: 0248-75-3388)



※ 記入漏れの無いようにお願いいたします。

② 当院から予約日の候補をお伝えし、予約日を検討して頂きます。



※ 候補日は、火曜日か水曜日の13:00のご案内となります。

※ 予約日が決定した段階で予約票をFAXでお送りいたします。

※ クレアチニン値が不明の場合は仮予約となりますので、のちほどお知らせください。クレアチニン値によっては、検査をお受けできない場合があります。

(eGFR $\geq$ 60ml/min/1.73m<sup>2</sup> 血清クレアチニン値 <1.1 男性、<0.8 女性)

③ ビグアイド系糖尿病薬を服用している場合、該当する薬剤を休薬して頂きます。

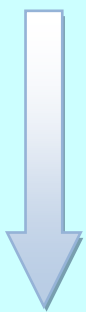


※ 検査2日前の朝から、検査後2日間の休薬が必要です。

前々日 前日 当日 翌日 翌々日  
◀…………… 5日間休薬 ……………▶

### 公立岩瀬病院

④ 患者様は昼食をとらず、13:00までに来院して頂きます。



※ 上記③に該当しない薬は普段通り服用してください。

※ 水分(水やお茶)は普段どおり摂って頂きますようお願いいたします。

※ 来院後、心電図や診察、必要な薬剤の服用、血管確保などを行い、15:00頃に検査を行います。

※ 検査のために使用する薬剤の効果が残るため、検査終了後も院内で休憩して頂きますので、帰宅は17:00頃になる予定です。

⑤ 結果は、検査後一週間を目安に紹介元医療機関に郵送いたしますので、患者様にご説明ください。

公立岩瀬病院 地域医療連携室

TEL: 0248-75-3111

FAX: 0248-75-3388