

# 冠動脈C Tチェックシート

患者名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

## 冠動脈C T実施における注意事項チェック

腎機能障害                      なし                      あり

喘息                                      なし                      あり

バセドウ病                      なし                      あり

ヨードアレルギー                      なし                      あり

※3 か月以内の採血結果（クレアチニン値）を紹介状に同封して頂けると幸いです。無い場合は当日来院後に、採血させて頂くため予定時刻より検査開始が遅くなる場合がございますので、予めご了承ください。