

心臓 CT 検査に関する問診票

(β 遮断薬使用に関する確認)

依頼元施設名 _____ 担当医 _____ 検査日 _____ 月 _____ 日・未定

患者名 _____ 性別 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才

この問診票は、心臓 CT 検査の際に、心拍数を安定させるために使用することがある静脈内投与の β 遮断薬（一般名：ランジオロール塩酸塩）について、安全に使用できるかどうかを確認する目的で実施しています。

すべての項目をよくお読みいただき、該当する箇所に正確にご記入・ご回答ください。

注 記載した問診票は、検査当日に放射線科受付にお渡しください。

注 ご記入いただいた内容は、診療以外の目的で使用することはありません。

以下の項目で該当するものに○をつけてください。

1. 内服の β 遮断薬について (あり・なし・服用中)

2. 検査当日の静脈内用 β 遮断薬の使用可否について (使用可・禁忌)

2 の設問が“使用可”の場合のみ以下に記載をしてください。

- ① 心原性ショックの既往歴がある (はい・いいえ)
- ② 糖尿病性ケトアシドーシス、代謝性アシドーシスがある (はい・いいえ)
- ③ 房室ブロック（Ⅱ度以上）、徐脈性不整脈がある (はい・いいえ)
- ④ 肺高血圧による右心不全、うっ血性心不全がある (はい・いいえ)
- ⑤ 未治療の褐色細胞腫またはパラガングリオーマがある (はい・いいえ)
- ⑥ ランジオロール塩酸塩に対し過敏症の既往歴がある (はい・いいえ)

※上記項目の内容を確認後、当院の問診医師の判断により、 β 遮断薬を使用せず検査を行う場合があります。

刈谷豊田総合病院 放射線科 TEL:0566-25-2982 受付時間: 8:30~16:45(月~金曜日)