

CT検査を行う前に必要なチェックリスト

*下記の項目について患者様の情報を記入し、申込時に地域医療連携課へFAXしてください。

患者氏名:	_____	依頼元病院名:	_____
生年月日:	_____	依頼元医師名:	_____
体重:	_____	依頼元確認者:	_____

◎ 植込み型心臓デバイスの有無と種類 (当てはまるものに○)

○ 植込み型心臓デバイスの有無: 有 無

- ・ 有の場合、その種類: ペースメーカー ペースメーカー以外(ICD、CTR-Dなど)

(患者が所持している心臓デバイス手帳をもとに、依頼元施設が確認してください。)

- ・ (ペースメーカー以外の場合)撮影したい部位にデバイス植込み本体が重なっているか

重なっている 重なっていない

- ・ (重なっている場合)デバイスが誤作動を起こす可能性があるため、以下から対応を選択する

CT検査中止 デバイス部分避けて撮影 デバイス部分を含めて撮影

◎ リブレなどの血糖値測定装置の使用有無 (当てはまるものに○)

○ 血糖値測定装置の使用有無: 有 無

- ・ (有の場合、患者に確認)CT検査前に貼付している装置を外せるか: 外せる 外せない

◎ 神経刺激装置の有無 (当てはまるものに○)

○ 神経刺激装置の有無: 有 無

◎ 今回のCT検査で、造影剤の使用を希望するか(当てはまるものに○)

○ 造影の有無: 造影希望 造影不要

※ 造影を希望する場合、当院HPより「造影用チェックリスト」も印刷し、記入してください。