

地域医療室へ **TEL後FAX**

CT造影検査添付書類 ①
この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

CT造影検査（ヨード造影剤）問診票

| | | | | | | |
|------|--|------|---------|---|---|---|
| 患者氏名 | | 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 |
|------|--|------|---------|---|---|---|

(カルテ番号)

検査を安全に実施するために該当項目に 印をご記入ください。

① 『ヨードまたはヨード造影剤の過敏症』または『重篤な甲状腺疾患』、
『喘息の治療中及び重度の既往』がある患者さまは、CT造影検査を受けることができません
上記のいずれかに該当する項目がありますか？
 なし
 あり → 造影検査不可 ※当日の体調不良や腎機能低下など検査不可と考える

② アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか？
 なし
 あり: かぶれ 蕁麻疹 アレルギー性皮膚炎 花粉症 アレルギー性鼻炎

③ 今までに（点滴・注射）造影剤を用いた検査をしたことがありますか？
 なし
 あり: CT検査 血管造影検査 腎盂造影検査
 その他()

④ 上記③で検査を受けたとき、副作用がありましたか？
 なし
 あり: ショック 痙攣 吐き気 くしゃみ 発疹 遅発性副作用
 その他()

※医師確認欄

◆ 腎機能について
 血清クレアチニン mg/dl (月 日測定・1.5mg/dl以上は検査不可)
※測定値は概ね1ヶ月以内のもの

検査実施中 (検査結果 日後判明)

未検査 箕面市立病院で血清クレアチニン検査を受けるため、造影検査予約時間の1時間30分前(冠動脈造影は2時間30分前)に受診するよう指示しています。

◆ 糖尿病治療中の患者さまについて、現在ビグアイド系糖尿病薬を投与していますか？
 いいえ はい (薬の名前)
※検査の前後2日(検査日を含めて5日間)は服薬中止となります。

◆ 問診票確認日 平成 年 月 日

確認医師

コメント
