

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・R | 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、検査不可と考える場合は造影検査を取りやめることがあります。

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。
 ※当日、検査不可と判断した場合は造影検査を取りやめることがあります。

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 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認医師 _____

コメント _____