

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  
\_\_\_\_\_