

武蔵野赤十字病院 造影CT検査依頼チェックリスト

患者様氏名	ご依頼元医療機関名
カナ氏名	ご依頼元連絡先 TEL
生年月日	FAX
年 月 日	
性別	ご依頼元医師名
男 ・ 女	
検査日	
年 月 日	

造影検査を安全に施行するために以下の事項を事前確認してください。記載内容により造影検査を行わない場合があります。また検査日は、当院からの問い合わせが可能な貴院の診療時間内で指定してください。検査当日、この用紙を紹介状とともに患者様が当院にお持ちください。

依頼元医師記入項目 1～3

- | | | | |
|--|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 血清クレアチニン値 | mg/dl | eGFR値 | |
| 2. 服用中のビグアライド系糖尿病薬 | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| (現在服用中のビグアライド系糖尿病薬名 _____) | | | |
| <small>注意：ビグアライド系糖尿病薬のメトホルミン製剤、ブホルミン製剤は、
造影剤使用前 ・ 造影剤使用後 48時間休薬する必要があります。 休薬指示をお願いします。</small> | | | |
| 3. 植え込み式ペースメーカーまたは植え込み式除細動器の有無 | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ペースメーカー手帳の持参をお願いします | | | |

患者様記入項目 4～10

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 4. 造影剤を使った検査で副作用が出たことがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| <u>はいと答えた方へ</u> | | |
| それはどのような検査でしたか？ | | |
| (<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他：検査名 _____) | | |
| どのような症状でしたか？ | | |
| (<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛・他： _____) | | |
| 5. 甲状腺疾患と言われたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 6. 気管支喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 7. ヨードアレルギーと言われたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| (イソジンのうがい薬等のアレルギー) | | |
| 8. 静脈注射をできないところがありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 静脈注射ができないところ (_____) | | |
| 9. 女性の方に質問です。 | | |
| ● 現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性がありますか？ | | |
| または、授乳中ですか？ | | |
| | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10. 体重を記入して下さい。 | 体重 | k g |

*当院では原則、造影による食事制限はしていません

問い合わせ先 武蔵野赤十字病院
電話0422(32)3111

主治医（受診科）または放射線科医師
2021年10月作成