CT検査におけるヨード造影検査問診票

検査予定日　　年　　月　　日（午前・午後　　時　　分）※有効期限は、3ヶ月以内。

☆患者様記入欄

造影 CT 検査を安全に受けていただくために、以下の項目をお答え下さい。

①これまでヨード造影剤を使用した検査をうけたことがありますか　　なし　　あり
　その検査後、何か異常がありましたか？（帰宅後の状況も含めて）　　なし　　あり
　「あり」の場合詳しく:吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、その他（　　）
②気管支喘息と診断されたことがありますか　　なし　　あり
　　→現在治療中ですか：　いいえ　　はい
③食べ物や薬でアレルギーがありますか　　なし　　あり　　→詳しく：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・薬や食物アレルギー・その他（　　）
④腎臓の病気がありますか(手術歴)　　なし　あり　　→詳しく：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
⑤次の病気にかかったことがありますか　　なし　　あり（甲状腺機能亢進症、心臓病、糖尿病など）
　「あり」の方で糖尿病と診断された方は、次のお薬を飲んでいますか：
　メトグルコ，　グリコラン，メルビン，メデット，ネルビス，メトホルミン，メトリオン、塩酸ブホルミン，イニシンク配合錠，　ジベトス，ジベトンS，　メタクト，　エクメット
※ 以下は女性の方のみお答え下さい
　・妊娠中ですか：　　いいえ　　はい　　可能性あり
　・授乳中ですか：　　いいえ　　はい →　授乳制限は必要ありません。

医師記入欄（以下の項目を造影検査までにご確認ください）

★安全な検査のために、依頼医師が責任を持って以下の項目に記入してください。
記入漏れがある場合は検査を施行できない場合があります。

□造影剤の副作用歴について確認した

軽度の副作用歴があるが、どうしても造影検査が必要な場合は、ステロイド剤の事前内服※をお願いします。中等度、重度の副作用歴がある場合は、代替検査をご考慮下さい。
☆造影検査前のステロイド静注は推奨されておらず、CT 室では対応いたしません。

□腎機能について確認した

eGFR(　　) ml/min/1.73m^2　採血日（　　年　　月　　日）3 か月(92 日)以内
☆eGFR＜30 で検査前後の補液※　eGFR＜15 で造影ＣＴ検査以外の検査をご考慮下さい。
集中治療患者や重症な救急外来患者の場合、eGFR＜45 で検査前後の補液、eGFR＜30 は原則実施出来ません。小児の場合、クレアチニンのみ　（　　）mg/dL をご記入ください。

□ビグアナイド系糖尿病薬の服用について確認した*[服用中止確認(*検査当日確認記入)

服用している場合は、造影剤使用前後2日(全5日)の休薬を指示してください。

□今回の造影検査実施の同意を取得した

□被ばくの説明を実施しました。

※詳細は、造影剤投与マニュアルをご参照ください。