

造影CT問診票

検査日時 西暦 年 月 日 : 患者氏名

● 植え込み型除細動器 有 ・ 無

「有」の場合、本体が植え込まれてる部位は撮影できません。 ↑

● 造影剤検査歴 有 ・ 無

● 腎機能検査歴 有 ・ 無

● 心機能検査歴 有 ・ 無

腎機能・心機能歴が無い場合は 「無」に記入してください。 ↑

● ヨード造影剤副作用歴 有 ・ 無

● ヨード過敏 有 ・ 無

● 腎機能 sCr1.5mg/dl以上 有 ・ 無

● 重篤な心疾患 (EF40%以下) 有 ・ 無

● 妊娠中または可能性 有 ・ 無

● 喘息 有 ・ 無

「有」の場合は基本的に造影CTは出来ません。 ↑

● アレルギー 有 ・ 無

● 褐色細胞腫 有 ・ 無

● 多発性骨髄腫 有 ・ 無

● マクログロブリン血腫 有 ・ 無

● テタニー 有 ・ 無

● 重篤な甲状腺疾患 有 ・ 無

● 安静 不可 ・ 可

「有」の方は造影検査ができない場合があります。 ↑

医師にご相談ください。

● ビグアイド系糖尿病薬の服用 有 ・ 無

「有」の方は検査当日から服用を止めてください。 ↑

検査終了後も48時間までは服用できません。

上記、問診項目の結果により 造影検査を了承します。

西暦 年 月 日

医師

ご不明な点、質問等がございましたら、下記までご連絡ください。

社会医療法人 啓仁会 堺咲花病院 放射線科

TEL 072-295-8833

FAX 072-294-7700