ID ：	検査日 ： 年 月 日	伝達事項
	予約時間： 時 分	
氏名：	体重 ： kg	
	＊浜松医療センター使用欄	

ＣＴ造影　検査問診票【院外依頼用】

※ 全項目を必ず記入してください。１検査につき１枚用意してください。

❶ **CTや血管造影等のヨード造影剤で副作用がでたことはありますか。** ※ 初めての場合は“いいえ”に○をしてください。	はい	いいえ
→「はい」の場合、出現時の詳細を記載してください。 （症状： 治療内容： ）		
❷ **気管支喘息ですか。**（小児喘息既往歴・咳喘息は除く）	はい	いいえ
→「はい」の場合、詳細を記載してください。 （いつ頃： 病状： ）		
❸ **次の病気の診断または疑いといわれていますか。該当する場合はチェックしてください。**	はい	いいえ
・多発性骨髄腫 ・ マクログロブリン血症 ・ テタニー ・褐色細胞腫 ・薬によるコントロール不良の甲状腺機能亢進症		
④ **糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか。**（メトグルコ、メトホルミン等）	はい	いいえ
→「はい」の場合、薬剤名を記載してください。 （薬剤名： ）		
※ eGFR：45 [ml/min/1.73m²]以上では休薬の必要はありません。		
⑤ **薬や食べ物のアレルギーで治療をしたことがありますか。**	はい	いいえ
→「はい」の場合、詳細を記載してください。 （症状： 治療内容： ）		
⑥ **妊娠中または妊娠の可能性はありますか。**	はい	いいえ
⑦ **授乳中ですか。**	はい	いいえ

【 以下、職員記入欄 】

⑧ **eGFR（不明な場合は血清クレアチニン）を記入してください。 （採血日： ）** ※ 検査前6か月以内のみ有効。 ※ eGFR値が30 [ml/min/1.73m²]未満の場合は原則造影できません。（透析患者・18歳未満は除く） ※ eGFR値が30～40 [ml/min/1.73m²]未満の場合、主治医に造影検査実施の再確認を行います。 ※ 前投薬の予定や造影剤の指定がある場合は伝達事項に記載してください。	eGFR： ml/min/1.73m²
	Cr： mg/dL
⑨ ＊浜松医療センター使用欄	

※ 原則禁忌（❶❷❸およびeGFR値が30 [ml/min/1.73m²]未満の場合（透析患者・18歳未満は除く））に該当する場合は、
※ 医師立ち会いが必要です。

問診日： 年 月 日　　問診担当者：

上記内容について確認し、検査が実施できると判断しました。　　判断医 ：

※ 署名の場合は押印不要、記名（印字、スタンプ等）の場合は押印が必要となります

造影剤の種類	投与量	造影剤チェック		ポートチェック		完了印
□ イオプロミド（ ３００・３７０ ）		Ns	Tc	Ns	Tc	
□ イオパミロン ３００	ml					
□ そ の 他（ ）						

（要スキャン 1-3　文書番号 6036）　　浜松医療センターCT 室　2022 年 7 月改訂