

| | | | |
|----------------------|---------------|-------|------|
| CT 問診票記載のポイント【院外依頼用】 | | 年 月 日 | 伝達事項 |
| 氏名： | 予約時間： | 時 分 | |
| | 体重： | kg | |
| | * 浜松医療センター使用欄 | | |

CT 造影 検査問診票

※ 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。

ヨード過敏症の既往歴は禁忌です（過去、複数回安全に検査できた場合を含む）。副作用のリスクが高まります。初めての場合は“いいえ”を選択してください。

| | | |
|--|--|-----|
| ① 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」の場合、出現時の詳細を記載してください。 (症状： 治療内容：) | はい | いいえ |
| ② 気管支喘息ですか。(小児喘息既往歴・咳喘息は除く) → 「はい」の場合、詳細を記載してください。 (いつ頃： 病状：) | | いいえ |
| ③ 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 ・ 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 | 原則禁忌（原則投与しない、特に必要とする場合には慎重に投与する）に該当します。症状が悪化するおそれ等があります。 | |
| 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) → 「はい」の場合、薬剤名を記載してください。(薬剤名： ※ eGFR：45 [ml/min/1.73m ²]以上では休薬の必要はありません。 | 腎機能が悪い場合に乳酸アシドーシスをおこすおそれがあります。eGFR45 未満の場合のみ、原則、検査前後 48 時間（計 96 時間）の休薬が必要です。 | |
| 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」の場合、詳細を記載してください。 (症状：) | アレルギー体質があると副作用のリスクがやや高まります。 | |
| ⑥ 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 | 造影剤添付文書には授乳中の女性への造影剤投与後一定時間（48 時間）は授乳を避けるよう記載されているものがあります。一方、特段の理由がない限り造影剤使用後の授乳制限は必要ないとする提言があります（日本医学放射線学会造影剤安全性委員会）。主治医は母親に対して、造影剤使用による検査の必要性および造影剤使用後の授乳及び授乳制限による影響について説明し、よく相談した上で対応を決定してください。 | |
| ⑦ 授乳中ですか。 | | |

【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：) eGFR： ※ 検査前6か月以内のみ有効。 ※ eGFR値が30 [ml/min/1.73m ²]未満の場合は原則造影できません。(透析患者・ ※ eGFR値が30～40 [ml/min/1.73m ²]未満の場合、主治医に造影検査実施の再確認 ※ 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。 | 重篤な腎障害は原則禁忌です。 検査前 6 ヶ月以内の採血データを確認してください。 | mg/dL |
| ⑨ | * 浜松医療センター使用欄 | |

※ 原則禁忌（①②③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： _____ 必ず記載してください。

※ 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 |
|---|-----|---------|----|---------|----|-----|
| | | Ns | Tc | Ns | Tc | |
| <input type="checkbox"/> イオプロミド (300・370) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> イオパミロン 300 | ml | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |