

# 造影CT検査事前チェックリスト

造影CT検査を実施するにあたり、次の項目について記入又はチェックいただき、FAX予約申込みに併せて情報提供をお願い致します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師名 \_\_\_\_\_

## 1. 腎機能データについて (3ヶ月以内に実施のもの)

・ 血清クレアチニン値 Cr \_\_\_\_\_ mg/dl (検査日 年 月 日)

※ 1.5 mg/dl 以上の場合は、造影剤は使用できません。

※ 透析中の場合には必要ありません。

## 2. 確認事項

※下記の1)または3)のうちいずれかが[有]の場合、造影剤は使用できません。

1) 喘息の有無(小児喘息を含む) [ 無 ・ 有 ]

2) 以前、造影剤を使用したことがある [ 無 ・ 有 ]

\* 2)の問いで[有]の方のみご記入下さい \*

3) 造影剤を使用し具合が悪くなったことがある [ 無 ・ 有 ]

4) ビグアナイド系の経口糖尿病薬を服用している [ 無 ・ 有 ]

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合には、ヨード造影剤を投与することで、重篤な乳酸アシドーシスをきたすおそれがあります。これを防ぐために、検査48時間前から検査後48時間の間(計5日間)、服用を中止することが望まれています。服用中止の指導と、必要があれば代替薬品の処方をお願いいたします。検査前の服用を中止していなかった場合には、造影剤の使用ができない場合があり、また検査部位によっては検査自体を中止させていただく場合がありますのでご注意ください。