

造影CT・MRI検査事前チェックリスト

造影CT・MRI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ヶ月以内に実施データをご記入ください)

eGFR: _____ (mL/min/1.73m²) (検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※30mL/min/1.73m²未満の場合は、造影剤は使用できません。

※CT検査で透析中の場合には記入の必要はありません。

※MRI検査で透析中の場合、造影検査はできません。

2. 確認事項

※下記の1)または2)のうちいずれかが[有]の場合、造影剤は使用できません。

1)造影剤を使用し具合が悪くなったことがある(該当する造影検査は不可)

CT検査 [無 ・ 有] MRI検査 [無 ・ 有]

2)喘息の有無(小児喘息を含む) [無 ・ 有]

*下記はCT造影検査のみ該当

3)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、造影検査はできません。

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

ナビダイヤル 0570-009-119 (放射線部)