

様

年 月 日生

CT造影剤 質問票

(本票は必ず同意書と一緒に綴ること)

ヨード造影剤の投与に際して (検査依頼医師記入用)

- 1. ヨード造影剤に対する中程度または重度の反応の既往 はい いいえ
- 2. 治療を要するアレルギーの既往 はい いいえ
- 3. 喘息の既往 はい いいえ
- 4. 甲状腺機能亢進症 はい いいえ
- 5. 心不全 はい いいえ
- 6. 糖尿病 はい いいえ
- 7. 腎疾患の既往 はい いいえ
- 8. 腎手術の既往 はい いいえ
- 9. 蛋白尿の既往 はい いいえ
- 10. 高血圧 はい いいえ
- 11. 痛風 はい いいえ
- 12. 以下の薬剤の投与を受けていますか。
 ビグアナイド系糖尿病薬 はい いいえ

(メタクト、メトグルコ、グリコラン、メデット、メルビン、
ネルビス、メトホルミン、メトリオン、ジベトス、ジベトンS等)

※ これらの薬剤が処方されている場合は、検査前後2日間の投薬を一時的に中止が望ましい。

13. 直近の血清クレアチニン値 測定値 _____ mg/dl
測定日 年 月 日

記入医師名 _____ 日付 _____ 年 月 日