

フリガナ
患者氏名
生年月日
性別

様

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. ヨード系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. 1年以内に喘息内服治療や発作がありますか? ☐ はい ☐ いいえ
5. 甲状腺機能亢進症..... ☐ はい ☐ いいえ
6. 心不全..... ☐ はい ☐ いいえ
7. 糖尿病..... ☐ はい ☐ いいえ
8. 腎疾患の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
9. 腎手術の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
10. 尿蛋白の既往..... ☐ はい ☐ いいえ
11. 高血圧..... ☐ はい ☐ いいえ
12. 痛風..... ☐ はい ☐ いいえ
13. 以下の薬剤の投与を受けていますか
 ピ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・メトホルミン・ジベトス・エクメット・メトアナ・イニシンク・ブホルミン等)
 ※ これらの薬剤が処方されている場合は、検査施行当日・翌日の2日間は投薬中止が望ましい

14. 直近のeGFR値 測定値 _____ ml/min/1.73m² (測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

記入医師: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日