造影CT検査におけるヨード系造影剤検査前チェックリスト

記入日:　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　＿＿＿＿年齢　　男 ・ 女

【注意】 植込み型ペースメーカー部位のCT撮影はできません！（胸部･縦隔部）

問　診

禁忌	ヨード造影剤による過敏症の既往歴　（造影検査歴のある場合記入） 有の場合、その症状を記入してください。	有 ・ 無
	重篤な甲状腺疾患	有 ・ 無
	気管支喘息	有 ・ 無
	肝障害（ TB＞3mg/dl ）・閉塞性黄疸では（ TB＞10mg/dl ）	＿＿＿＿mg/dl ・ 未検
	腎障害 ［ eGFRもしくはCRTNを記入してください ↳ ※CRTN＞1.4ｍｇ/dl ］	eGFR 30以上 ・ 未検 ＿＿＿＿ ｍｇ/ｄｌ
	マクログロブリン血症・褐色細胞腫（又は疑い） 多発性骨髄腫・テタニー	有 ・ 無
	ビグアナイド系糖尿病用薬の服用 有の場合、その薬品名を記入してください。	有 ・ 無
薬物過敏症の既往歴 有の場合、その薬品名を記入してください。		有 ・ 無
その他のアレルギー性疾患の既往歴 有の場合、その症状を記入してください。		有 ・ 無

※上記チェックのうえ、造影検査施行を依頼するものとする。

問診施行　医師名

備考