

CT検査に関するヨード造影剤問診票

これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
その時、帰宅後も含めて何か異常はありましたか (例：吐き気、嘔吐、かゆみ、しっしん、意識消失、血圧低下、その他)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
気管支喘息と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
現在治療中ですか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
5年以内に発作が起きたことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
甲状腺機能亢進症（バセドウ病）と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
腎臓の機能が悪いといわれたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
糖尿病と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
ビグアナイド系糖尿病薬をお飲みですか（メトグルコ、ジベトスなど）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
妊娠している、またはその可能性はありますか（女性）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
授乳していますか（女性）	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

問診日： 年 月 日

患者氏名：

医師記入欄 造影CTオーダー前チェックリスト

以下の項目に該当する場合、造影CT検査を行うことができません。

- ・ヨードまたはヨード造影剤に対する副作用歴
- ・制御されていない甲状腺機能亢進症
- ・治療中の喘息 または 5年以内に発作歴のある喘息
- ・eGFR 30未満の腎機能低下（3か月以内の血液検査が必要。透析中であれば造影可能。）

【必須】 上記を確認し、以下に必ずチェック・署名してください。

上記に該当する項目がなく、造影を行う。

医師氏名：

【要注意】 指示がない場合、検査を中断することがあります。

(当てはまる場合のみチェック)

ビグアナイド系糖尿病薬の内服

(検査の2日前から2日後までの休薬指示があれば造影剤投与可能)

→ 休薬指示あり