# 造影CT検査問診票

病診連携

■ 下記の質問にお答えいただき、ご署名をお願い致します。

■ この用紙は、検査当日、医師にお渡し下さい。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ヨード又はヨード造影剤の過敏症の既往 | 無 | 有 | 「有」の場合、造影剤による副作用の危険性が高くなります。<br>検査は受けられません |
| 2 | 重篤な甲状腺疾患 | 無 | 有 | |
| 3 | 気管支喘息 | 無 | 有 | |
| 4 | 重篤な腎疾患　eGFR＜60ml／分／1.73㎡<br>（維持透析をしていない） | 無 | 有 | |
| 5 | 褐色細胞腫 | 無 | 有 | |
| 6 | 維持透析をしている | 無 | 有 | ⇨　検査後、透析をして下さい。 |
| 7 | ビグアナイド系糖尿病薬の服用 | 無 | 有 | ⇨　注意事項参照 |
| 8 | 重篤な心障害 | 無 | 有 | 有の場合、検査は受けられません。<br>かかりつけの医師にご相談下さい。 |
| 9 | 重篤な肝障害 | 無 | 有 | |
| 10 | 急性膵炎 | 無 | 有 | |
| 11 | マクログロブリン血症 | 無 | 有 | |
| 12 | 多発性骨髄腫 | 無 | 有 | |
| 13 | テタニー | 無 | 有 | |

【注意事項】

7　ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査前後5日間の休薬をお願いします。

例）検査予定15日の場合：13日から17日まで休薬、または他の薬に変更

ビグアナイド系糖尿病薬
メトホルミン：メトグルコ錠、グリコラン錠、メデット錠、ネルビス錠、塩酸メトホルミン
メルビン錠、メタクト配合錠、メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠
ブホルミン：塩酸ブホルミン錠「ミタ」、ジベトンS腸溶錠、ジベトス錠　など

記載日　平成　年　月　日

患者様氏名（自署）

患者様が未成年または自署できない場合は、
代理人のお名前と続柄をご記入下さい。

代理人

続柄　（　）

● 検査は予約制となっております。検査時間に遅れる場合は必ず地域連携室にご連絡下さい。

**社会医療法人　協和会　加納総合病院　地域連携室**
**Tel　06－6351－9810（直通）**