

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。 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／1.73m ² (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。 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 _____ 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