

【CT・MRI造影検査チェックシート】

【依頼元医療機関記載欄】

- 1、依頼元医療機関名：
- 2、検査項目：(該当項目に○をして下さい　CT造影　MRI造影　)
- 3、患者氏名：
- 4、検査予約日：_____年_____月_____日　午前・午後　_____時_____分
- 5、腎機能検査結果
最終検査日：_____年_____月
BUN (_____) mg/dl
CR (_____) mg/dl

【確認事項】

- 1、今までに造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？
なし　あり (CT・MRI・その他 [_____])
あると答えた方へその時に副作用はありましたか？
なし　あり (じんましん・吐き気・嘔吐・発赤発疹・その他 [_____])
- 2、今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？
なし　あり [_____]
- 3、今までに喘息と診断されたことはありますか？
なし　あり [時期：_____]　不明
- 4、今までに腎臓の機能が悪いと言われたことはありますか？
なし　あり
- 5、ペースメーカーなど体内植え込み型機器、または手術による体内金属はありますか？
なし　あり
- 6、あなたの現在の体重は？
[_____] kg
- 7、現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？
なし　あり　わからない
- 8、注意事項
①ビグアイド系の糖尿病薬を服用されている方は休薬の場合があります
e-GFR 値 45～60 の場合、検査日朝から3日間の休薬となります
②上記チェック項目は撮影部位に関わらずすべてチェックするようお願い致します
チェックもれがある場合、検査を行えない場合があります
また、チェックされた項目によっては検査を行えない場合もあります

※ご不明な点ありましたら新松戸中央総合病院 地域医療連携室までお問い合わせください

直通 047-309-4186