造影 CT 検査 問診票

京都協立病院

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

検査を安全に受けていただくための問診票です。該当する項目に “レ” もしくは “○” をつけ、(　) 内はご記入願います。

①今までに造影剤という薬を用いて検査を行ったことはありますか？

☐ なし　☐ わからない

☐ あり　→　CT ・ MRI ・ 血管造影（カテーテル治療など） ・ 胆道造影 ・ 尿路造影 ・ その他（　　　　　　　）

② ①で「あり」の方は、検査時または検査後日に副作用はありましたか？（造影 MRI 以外の副作用歴は禁忌）

☐ なし　☐ あり　悪心 ・ 吐き気（嘔吐） ・ かゆみ ・ 蕁麻疹 ・ くしゃみ ・ 頭痛 ・ その他（　　　　　　　）

③ご本人やご家族にアレルギー体質はありますか？

☐ なし　☐ あり　　花粉症 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ 薬や食べ物（　　　　　　　　　　）

④気管支喘息はありますか？

☐ なし　☐ あり　→　治療（受けている ・ 受けていない）　最終発作時期（　　　　　　　　　）

⑤以下の病気を診断されたことがありますか？　なければチェックは不要です。

☐ 肝臓が悪い　☐ 腎臓が悪い　☐ 心臓が悪い　☐甲状腺が悪い（重篤な甲状腺疾患のある方は禁忌）

☐ 多発性骨髄腫　☐ 褐色細胞腫　☐テタニー　☐マクログロブリン血症

⑥現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

☐ いいえ　☐ 飲んでいる　お薬の名前（　　　　　　　　　）

※お薬の名前がわからない方は、検査当日にそのお薬をお持ちになってください。

※ビグアナイド系糖尿病薬（メデット、メトホルミン、メトグルコなど）を服用の方は前後 2 日間休薬が必要となります。

⑦（女性の方）妊娠中または妊娠の可能性はありますか？　また授乳中ですか？

☐ 妊娠なし　☐ 妊娠中または妊娠の可能性あり　☐ 授乳中

⑧ご本人様およびご家族・代理人の方の緊急連絡先をご記入ください。

ご本人様　電話番号（　　　　　　　　　　　）　ご家族・代理人　電話番号（　　　　　　　　　　　）　続柄（　　　　）

・・・

【医師記載欄】eGFR：＿＿＿＿＿＿＿（　　月　　日）　eGFR＜30 は原則造影禁止

※有効期間は原則 90 日以内（外来患者様のみ）

※30＜eGFR＜60 は CIN（造影剤腎症）のリスクであり、72 時間以内の採血が望ましい。Cr.が 0.5 以上もしくは 25%以上増加していれば速やかに須藤医師に相談して下さい。その他、eGFR が不安定な方、右肩下がりの方、30 未満で例外的に造影される場合は事前に須藤医師に相談して下さい。

☐造影可

担当医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

禁忌　　：投与禁止
原則禁忌：投与しないことを原則とする
　　　　　が必要に応じて慎重投与

造影 CT 検査 問診票

京都協立病院

検査を安全に受けていただくための問診票です。該当する項目に“レ”もしくは“○”をつけ、（　）内はご記入願います。

①今までに造影剤という薬を用いて検査を行ったことはありますか？
□ なし　□ わからない
□ あり → CT ・ MRI ・ 血管造影（カテーテル治療など） ・ 胆　　）

②ヨード造影剤に副作用の既往がある方は禁忌。MRI はヨード造影剤ではないので禁忌とはならないが、薬剤過敏症として慎重投与とする。

② ①で「あり」の方は、検査時または検査後日に副作用はありましたか？（造影 MRI 以外の副作用歴は禁忌）
□ なし　□ あり　悪心 ・ 吐き気（嘔吐） ・ かゆみ ・ 　ゃみ ・ 頭痛 ・ その他（　　　　　）

③慎重投与

③ご本人やご家族にアレルギー体質はありますか？
□ なし　□ あり　花粉症 ・ アトピー ・ 蕁麻疹 ・ 薬

④原則禁忌。副作用発生率を考える上で、無症状や治療後コントロールされている期間の目安は 5 年

④気管支喘息はありますか？
□ なし　□ あり → 治療（受けている ・ 受けていない）　最終発作

⑤甲状腺機能亢進症で甲状腺機能がコントロールされていない場合が重篤で禁忌にあたる（甲状腺クリーゼをきたす恐れがある）。
それ以外は原則禁忌（肝臓、腎臓、心臓は重篤な障害が対象）

⑤以下の病気を診断されたことがありますか？　なければチェックは不要です
□ 肝臓が悪い　□ 腎臓が悪い　□ 心臓が悪い　□甲状腺が悪い
□ 多発性骨髄腫　□ 褐色細胞腫　□テタニー　□マクログロブリ

⑥造影剤による腎機能低下でビグアナイド系糖尿病薬の腎排泄が減少することにより、重篤な乳酸アシドーシスを起こす可能性がある。

⑥現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？
□ いいえ　□ 飲んでいる　お薬の名前（
※お薬の名前がわからない方は、検査当日にそのお薬をお持ちになっ
※ビグアナイド系糖尿病薬（メデット、メトホルミン、メトグルコなど）を服用の方は前後 2 日間休薬が必要となります。

⑦造影剤が母体や胎児に与える影響については安全性が確立されていないので、被曝も含めて可能な限り検査は避けた方がよい。造影剤の母乳への移行は微量とされ、乳児の血漿内への移行は検出限界以下とされているため乳児への影響は考えにくいが、検査をするなら同意が必要となる。

⑦（女性の方）妊娠中または妊娠の可能性はありますか？　また授乳中で
□ 妊娠なし　□ 妊娠中または妊娠の可能性あり　□ 授乳中

⑧ご本人様およびご家族・代理人の方の緊急連絡先をご記入ください。
ご本人様　電話番号（　　　　　　　　　）　ご家族•代理人　電話番　　　　　　）

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

【医師記載欄】eGFR：＿＿＿＿＿＿（　　月　　日）　eGFR

※有効期間は原則 90 日以内（外来患者様のみ）
※30＜eGFR＜60 は CIN（造影剤腎症）のリスクであり、72 時間以内の採血が望ましい。Cr.が 0.5 以上もしくは 25%以上増加していれば速やかに須藤医師に相談して下さい。その他、eGFR が不安定な方、右肩下がりの方、30 未満で例外的に造影される場合は事前に須藤医師に相談して下さい。

□造影可

担当医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿