

CT(造影)依頼チェックリスト

患者氏名()

以下の項目の□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ヨード造影剤過敏症の既往 ※造影検査を受けたことが無い場合は、「なし」に チェックしてください
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	腎機能低下 (eGFR45以下) eGFR: _____ ※3ヶ月以内のデータを記入ください
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	活動性の喘息
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	重篤な甲状腺機能亢進／低下症
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (休薬します)	ビグアイド系糖尿病治療薬の服用
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他アレルギー歴

- ▶ 「あり」にチェックがある場合は、事前に医師の診察を受けていただくことになります。
また、医師の判断により、検査内容の変更や検査ができない場合もあります。
- ▶ 造影剤使用時、異常等が現れた場合は救急受診が必要となり、別途費用がかかります
ことをご説明ください。

以上、ご理解とご協力をお願いします。

令和 年 月 日

医師

(ご紹介元の先生ご署名をお願いします)