

紹介医療機関名

氏名 様 大・昭・平・令 年 月 日生

身長 cm 体重 kg

検査をスムーズに行うため、問診にご協力ください。

検査を指示される医師は、下記項目をチェックして、当日患者さんに持参していただくようお願いいたします。  
(どちらかにレ点をつけてください)

①	これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けた事がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	その時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	喘息がありますか。 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③	次の病気の診断または疑いと言われているですか。 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	eGFR (不明な場合は血清クレアチニン) を記入してください ・ 検査前 3 ヶ月以内のみ有効 ・ eGFR が 30ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の場合は原則造影できません (透析患者は除く) <input type="checkbox"/> 確認不要で施行 (リスクを承知の上、腎機能の確認なしで施行)	採血日 年 月 日	
		eGFR	
		cCr	
⑤	糖尿病薬 (ビグアノイド系) を服用していますか。 <input type="checkbox"/> メトグルコ <input type="checkbox"/> メトホルミン <input type="checkbox"/> グリコラン <input type="checkbox"/> イニシンク <input type="checkbox"/> メタクト <input type="checkbox"/> エクメット <input type="checkbox"/> メトアナ <input type="checkbox"/> ジベトス <input type="checkbox"/> ブホルミン 《服用されている方は検査前 2 日間と検査後 2 日間の休薬が必要です。 但し、腎機能が正常 (eGFR>60ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) な 75 歳未満の方については、前後の休薬を必要としません。》	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥	薬や食べ物のアレルギーで治療をしたことがありますか。 (食べ物・薬品名: )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦	この検査を受ける 1 週間以内にバリウムを使った胃や大腸の検査を受けている、もしくは受ける予定がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧	妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ