

名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院
造影 CT 検査事前問診票

(共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334
申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

CT 検査を安全に行うため、対象患者さんに関する下記の事項をご確認ください。

令和 年 月 日

患者氏名

担当医氏名

(医療機関名:)

問診	
下記条件を満たしている場合は□に✓を入れてください	
eGFR の数値が <u>30 以上</u> を確認できる 3 か月以内の血液検査結果がある。 1. ■ eGFR $\geq$ 60 … 造影可能 ■ 60>eGFR $\geq$ 30 … 糖尿病のお薬(ビグアナイド薬)の休薬で造影可能	☐
2. 糖尿病のお薬(ビグアナイド薬)を内服している。 ない / ある 薬品名()	☐
内服している場合、検査日前後のそれぞれ 2 日間休薬できる。	
3. 喘息、腎不全、甲状腺疾患と診断されていない。	☐
4. 妊娠していない	☐
5. お薬や食べ物のアレルギー なし / ある 内容()	
6. 検査時にジーラスタ ボディポッド、インスリンポンプ、グルコースモニタシステムを装着していない。(装着している状態では、検査をお受けできません)	☐
注意点	
● 1.2.3.4.6.のすべてに✓が入らない場合、原則 お申込みをお受けできません。 ● 5.のアレルギーがある場合でも、検査の実施が可能であると担当医が判断される場合は、その理由を下記にご記載ください。 記載例: アレルギーがあるが、禁忌ではないため ()	
● 下記に内容を患者さま等へご説明の上、了承を得てください。 1 検査は午後のみとなります。 2 金曜日及び祝前日に検査はできません。 3 食事制限はありませんが、検査前の食事は軽食でお願いいたします。 4 担当医から実施可能と判断されても、当院での問診の結果、検査を中止する場合があります。 5 検査を受けることにより、体調や体質によっては副作用が起こることがあります。	☐ 了承を得た

*「造影 CT 検査予約申込票」「造影 CT 検査事前問診表」「造影 CT 検査 説明書」「3 か月以内の血液検査結果」「CT 検査(造影)のご案内」をFAXしてください。(前診療日×切)