

※お願い※ 一緒に直近の血液検査のデータをFAXしてください。

放射線部検査事前確認事項シート

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----	------	-------

造影CT検査用

確認事項	回答欄		特記事項
妊娠	あり	なし	ありの場合、慎重施行
体内金属・医療機器	あり → 下記のどれですか？(当てはまるものに○) ペースメーカー・神経刺激装置・インスリンポンプ・補聴器 血糖値測定器・人工内耳・人工関節・その他()	なし	部位により画像劣化あり ありの場合、実施について相談 させていただくことがあります
気管支喘息	あり → 既往 ・ 治療中	なし	ありの場合、実施について相談 させていただくことがあります
甲状腺疾患	あり → 診断名：	なし	
糖尿病薬内服	あり → 薬品名：	なし	
薬物アレルギー	あり → 薬品名：	なし	
ヨード過敏症	あり	なし	
ヨード造影剤副作用歴	あり	なし	

腎機能の検査は必須です。 eGFR値 () CRE値 () ※検査日 年 月 日

※腎機能障害がある場合、実施について相談させていただくことがあります。

貴院にて上記をご確認いただいた方のお名前の記載をお願いします。医療機関名 氏名

※ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が載っているページを申し込み時に必ずFAXしてください。

※eGFR値は必ずご記載ください。Cre値しか測定していな場合も換算の上、原則eGFR値を書いていただけるようお願いいたします。