

氏名  
 生年月日 年齢  
 依頼機関

検査日 年 月 日

検査項目

CT・血管造影・TV・その他( )

薬剤使用説明書より以下の禁忌,原則禁忌項目があります。

- |      |             |             |
|------|-------------|-------------|
| 禁忌   | ①ヨード過敏症の既往  | ②重篤な甲状腺疾患   |
| 原則禁忌 | ①一般状態が極度に悪い | ②気管支喘息      |
|      | ④重篤な肝障害     | ⑤重篤な腎障害     |
|      | ⑦多発性骨髄腫     | ⑧テタニー       |
|      |             | ③重篤な心障害     |
|      |             | ⑥マクログロブリン血症 |
|      |             | ⑨褐色細胞腫      |

1 ヨード造影検査(CT・血管造影・腎盂造影など)の既往の有無 有・無

有の場合、副作用の有無 有・無

有の場合 : 嘔気・発疹・くしゃみ・呼吸困難・血圧低下  
 : その他( )

2 以下の疾患の既往の有無

- |                              |     |
|------------------------------|-----|
| 甲状腺疾患                        | 有・無 |
| 気管支喘息                        | 有・無 |
| 重篤な心疾患                       | 有・無 |
| 重篤な肝障害                       | 有・無 |
| 重篤な腎障害                       | 有・無 |
| マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫 | 有・無 |

3 アレルギー歴の有無 有・無

有の場合 : アレルギー性鼻炎・アトピー・じんま疹・食物・薬物  
 : その他( )

4 ビグアナイド系糖尿薬の服用の有無 有・無

有りの場合、造影検査の前後それぞれ2日間の中止が必要です。

5 ステロイド使用(リンデロン4mg・20mg)の可否 否・可

6 最新の採血データ  採血中  透析

血清Cr. ( mg/dl) eGFR ( ml/min/1.73mm)

7 使用する造影剤は体重によって量が異なります。 kg

上記内容をパートナーに確認しました。

医師名 \_\_\_\_\_

ヨード造影検査には副作用もあることを理解し、検査を受けることに同意します。

氏名(本人・代理) サイン \_\_\_\_\_