

## 造影剤を使用してCTまたはMRI検査を希望する際のチェックリスト

\*下記の項目について患者様の情報を記入し、八戸赤十字病院・地域連携室へFAXしてください。

患者氏名:

生年月日:

依頼元医院名:

依頼元医師名:

依頼元確認者:

### ◎ 採血結果(腎機能がわかるもの、健康診断など)

### ◎ 身長・体重

身長: \_\_\_\_\_ cm

体重: \_\_\_\_\_ kg

### ◎ アレルギー、喘息既往の有無 (当てはまるものに○)

アレルギーの有無:    無    有

喘息の既往の有無:    無    有

(有の場合は右枠内に詳細を記入)

### ◎ CTまたはMRIでの造影剤使用歴 (当てはまるものに○)

CT造影剤使用歴:    無    有(副作用なし)    有(副作用あり)

MRI造影剤使用歴:    無    有(副作用なし)    有(副作用あり)

(副作用ありの際は右枠内に副作用時の症状など詳細を記入)

### ◎ 糖尿病の既往 (薬の内服歴)(当てはまるものに○)

糖尿病の有無:    無    有

(有で薬を内服中の場合は右の枠内に薬名を記入)

※ ビグアナイド系の薬を内服している場合に造影CTを行う際は、検査日と前後2日間の休薬が必要です。(MRIは不要)