

カルテ番号

氏名

生年月日

依頼科

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	③重篤な心障害
	④重篤な肝障害	⑤重篤な腎障害	⑥マクログロブリン血症
	⑦多発性骨髄腫	⑧テタニー	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