

## 造影CT問診票

● 植え込み型除細動器 有 ・ 無

「有」の場合、本体が植え込まれてる部位は撮影できません。 **↑**

● 造影剤検査歴 有 ・ 無

● 腎機能検査歴 有 ・ 無

● 心機能検査歴 有 ・ 無

腎機能・心機能歴が無い場合は 「無」に記入してください。 **↑**

● ヨード造影剤副作用歴 有 ・ 無

● ヨード過敏 有 ・ 無

● 腎機能 sCr1.5mg/dl 以上 有 ・ 無

● 重篤な心疾患 (EF40%以下) 有 ・ 無

● 妊娠中または可能性 有 ・ 無

● 喘息 有 ・ 無

「有」の場合は基本的に造影CTは出来ません。 **↑**

● アレルギー 有 ・ 無

● 褐色細胞腫 有 ・ 無

● 多発性骨髄腫 有 ・ 無

● マクログロブリン血腫 有 ・ 無

● テタニー 有 ・ 無

● 重篤な甲状腺疾患 有 ・ 無

● 安静 不可 ・ 可

「有」の方は造影検査ができない場合があります。  
医師にご相談ください。 **↑**

● ビグアイド系糖尿病薬の服用 有 ・ 無

「有」の方は検査当日から服用を止めてください。  
検査終了後も48時間までは服用できません。 **↑**

西暦                      年                      月                      日

問診者 \_\_\_\_\_

ご不明な点、質問等がございましたら、下記までご連絡ください。

社会医療法人 啓仁会 堺咲花病院 放射線科  
TEL 072-295-8833  
FAX 072-294-7700