

CT 造影検査依頼書（依頼医師記載）

安全な造影検査を施行するために下記の点をご留意の上、チェックボックスにチェックを入れて、診療情報提供書と一緒にファックスをお願いいたします。

① 以下の項目の『はい』にチェックが入っている場合は予約対応をしております。

過去のヨード造影剤で中程度（広範囲の発疹など）以上の副作用が出た事がある。 ＊過去の副作用歴がある場合、重篤副作用の発生率は5倍程度になるとされているため。	☐ はい ☐ いいえ
現在、コントロール不良の甲状腺機能亢進症がある ＊甲状腺機能亢進症の患者ではヨード投与後、甲状腺クリーゼを引き起こす可能性があるため。	☐ はい ☐ いいえ
現在、治療中あるいはコントロール不良の気管支喘息がある ＊気管支喘息患者は副作用発現率が上昇するため。	☐ はい ☐ いいえ
現在、eGFR が 45 未満である ＊造影剤腎症のリスクが高い eGFR が 45 未満の患者さんは対応しておりません。 透析施行中の患者さんは造影剤を使用することができます。 ＊直近 3 ヶ月以内（可能な限り直近の値）の血清クレアチニン値または eGFR 値をご記入ください。	☐ はい ☐ いいえ クレアチニン値 _____mg/dl eGFR 値 _____mL/min/1.73 m ²
現在、重篤な心障害（うっ血性心不全など）がある	☐ はい ☐ いいえ
満 15 歳以下である。	☐ はい ☐ いいえ

②注意点

現在、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している ＊造影剤使用による一過性腎機能低下によりビグアナイドの排泄遅延が起こり、 乳酸アシドーシスになる危険性が報告されています。	☐ はい ☐ いいえ
ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、 <u>検査前後 4 8 時間</u> の休薬の指示をした。 休薬期間 年 月 日 ～ 年 月 日	☐ はい ☐ いいえ
現在、授乳中である。 ＊造影剤の母乳への移行が報告されています。	☐ はい ☐ いいえ
授乳中の場合、造影剤検査後 <u>4 8 時間</u> の授乳禁止の指示をした。	☐ はい ☐ いいえ

また、水分制限による脱水は副作用リスクが高くなるとされていますので、十分な水分摂取をご指示ください。

患者氏名 _____

依頼施設名 _____

担当医師名 _____