

# 造影剤投与に関する確認票

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

(注) 本票を「検査依頼票(紹介状)」と  
合わせてFAX送信してください。

造影剤を使用する検査について、下記事項を確認しました。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日

## (1) 造影剤を使用する検査全般について

- ・造影剤投与の最終判断は、豊川市民病院で行います。  
問診内容や血液検査結果、休薬や絶食の状況、造影剤投与の有用性、患者の不同意などにより、造影剤の投与を行わず、単純撮影のみ実施する場合があります。
- ・検査当日、問診等により検査できないと判断されても、日を改めることで造影剤投与が可能と見込めるものは、豊川市民病院が患者と調整し、新たな検査日を設ける場合があります。

## (2) 個別の確認事項 (確認事項に✓及び数値記載)

CT	造影剤投与によるリスク説明	<input type="checkbox"/>	済み
	ヨード造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 不明
	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし
	腎不全	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし
	eGFR(推算糸球体濾過量)※ (eGFR 30以下は造影剤投与禁忌)	_____ mL/min/1.73m <sup>2</sup>	検査日 年 月 日
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし
	↓「あり」の場合、検査前2日・検査当日・ 検査後2日(合計5日)の休薬指示	<input type="checkbox"/>	済み
検査4時間前からの絶食指示	<input type="checkbox"/>	済み	
MRI	造影剤投与によるリスク説明	<input type="checkbox"/>	済み
	ガドリニウム造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 不明
	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし
	腎不全	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし
	eGFR(推算糸球体濾過量)※ (eGFR 30以下は造影剤投与禁忌)	_____ mL/min/1.73m <sup>2</sup>	検査日 年 月 日

※半年以内の検査データ記載、または検査データの添付をお願いします。

(豊川市民病院)