【 CT・MRI 造影検査チェックシート 】

【 依頼元医療機関記載欄 】

1、 依頼元医療機関名 ：

2、 検査項目（該当する項目に○をして下さい） ： CT 造影 ・ MRI 造影

3、 患者氏名 ：

4、 検査予約日 ： 年 月 日 午前・午後 時 分

5、 腎機能検査結果
最終検査日 ： 年 月
BUN （ ）mg/dl
CR （ ）mg/dl

【 確認事項 】

1、 今までに造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？
□ なし □ あり （ CT・MRI・腎臓検査・胆嚢検査・血管検査 ）

あると答えた方へ：その時に副作用はありましたか？
□ なし □ あり （ じん麻疹・吐き気・嘔吐・その他（ ） ）

2、 今までに薬・食べ物でアレルギーが出たことはありますか？
□ なし □ あり （ ）

3、 今までに喘息（ぜんそく）と診断されたことはありますか？
□ なし □ あり （時期： ） □ 不明

4、 今までに腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？
□ なし □ あり

5、 ペースメーカーなどの体内植え込み型機器、または手術による体内金属はありませんか？
□ なし □ あり

6、 あなたの現在の体重は？
（ ）Kg

7、 現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？
□ なし □ あり □ わからない

注： 撮影部位に関わらず全ての項目のチェックをお願い致します。
チェック漏れがある場合、検査を行えない場合があります。
また、チェックされた項目によっては、検査を行えない場合があります。

新松戸中央総合病院 放射線科