

造影剤投与に関する確認票

令和 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・令 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)

C T	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 ²	検査日※ 年 月 日
	・ 18歳未満は、血清クレアチニン	_____ mg/dl	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	
MR I	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 ²	検査日※ 年 月 日
	・ 18歳未満は、血清クレアチニン	_____ mg/dl	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)

・