

# 造影CT検査 ヨード造影剤の問診票（病診連携用 CT-2）

患者署名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 代理人署名 \_\_\_\_\_ 検査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 患者との関係 \_\_\_\_\_

## <以下 A～F の質問にお答えください>

にチェック✓を入れてください。[あり]の場合は当てはまるものに○印を付けてください。

A.	今まで造影剤(注射)を用いた検査をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → CT、腎尿路造影、胆のう造影、血管造影 [あり]の方のみお答えください。その時、副作用や合併症はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → じんましん、発疹、吐き気、せき、くしゃみ、かすれ声、胸部苦悶感、呼吸困難、血圧低下、造影剤が皮下に漏れた、その他（ _____ ）
B.	アレルギー体質あるいはアレルギー性の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ぜんそく、アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピー性皮膚炎、じんましん、薬物過敏症、食べ物（ _____ ）、その他（ _____ ） [ぜんそく]の方のみお答えください。 現在もお薬などで治療中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 最近発作は起きていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → いつ頃（ _____ ）
C.	次の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 重い甲状腺機能亢進症、心疾患、心臓ペースメーカー、肝疾患、腎疾患、副腎疾患、急性膵炎、血液疾患、テタニー(筋の攣縮)
D.	現在 人工透析をしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
E.	糖尿病薬を飲んでいますか？（種類によっては造影CTの前後48時間休薬する必要があります） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → お薬の名前（ _____ ） 医療スタッフ記入欄 → <input type="checkbox"/> 休薬なし <input type="checkbox"/> 休薬あり( _____ / _____ ~ _____ / _____ 休薬)
F.	現在の体重 _____ kg（造影剤使用量の適正化に必要なものです）

## <判定（医師記入欄）>

判定欄A～Cは上記問診欄に対応しています。

「なし」は造影可、「あり」の場合は下記参考に造影の可否を判定してください。

A. 造影剤過敏症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 中等以上の場合は造影をなるべく回避することを原則とする
B. アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 注意観察にて造影可
ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 活動性で治療中でもコントロールされていない場合は禁忌
C. 甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 重篤な場合は禁忌
腎機能	eGFR _____ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) → eGFR 30未満は原則禁忌・eGFR 45未満は造影剤静注前後に補液が必要
判定	<input type="checkbox"/> 造影実施 <input type="checkbox"/> 注意観察にて造影実施 <input type="checkbox"/> 前処置をして造影実施 処置内容 _____ <input type="checkbox"/> 造影中止

問診票記載内容をすべて確認し依頼医の責任において造影CT検査を実施します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 依頼医署名 \_\_\_\_\_