ＣＴ検査チェック項目表

Ⅰ、Ⅱ、各項目をご確認の上、ＦＡＸにてお送り下さい。

Ⅰ．ＣＴ検査時に造影剤を使用することがあるため、下記項目のご確認をお願い致します。

①喘息	無　・　有	
②アレルギーについて		
薬（飲み薬・注射薬）	無　・　有	（　　）
食べ物・その他	無　・　有	（　　）
③ヨード造影剤使用歴	無　・　有	
※副作用	無　・　有	症状 （　　）
④ビグアナイド系の糖尿病用剤の内服	無　・　有	
⑤腎機能：Ｃｒ値（　　） ＊概ね３ヶ月以内の値を記載して下さい	採血日　　年　　月　　日	

Ⅱ．胸部ＣＴ検査につきましては

“植え込み型ペースメーカー”を装着されている方は撮影可能ですが、

“植え込み型除細動器”を装着されている方は誤作動をまねく恐れがあるため検査ができません。

ご確認をお願い致します。

植え込み型除細動器を装着している	無　・　有

年　　月　　日

患者氏名：

貴 院 名：

小松市民病院つながるサポートセンター　2018. 9 月改訂