

検査前に確認必要項目です。早急に FAX で返信お願いいたします。

医療機関名

御中

患者氏名

【造影 CT 検査確認票】

該当する項目がある場合、当院ではヨード造影剤を使用した検査は出来ません。

下記の項目を確認いただき欄にチェックをお願いします。

☐ 該当項目あり

☐ 該当項目なし

● 造影剤を使用した検査で副作用(気分不良・嘔気・発疹・くしゃみ等)がでたことがある

● 5 年以内の喘息治療(服薬・吸入)歴がある

● マクログロブリン血症の既往

● 多発性骨髄腫の既往

● テタニーの既往

● 褐色細胞腫又はパラガングリオーマの既往

● ビグアナイド系糖尿病薬服薬中で休薬できない方 ※検査日の前後 2 日間の休薬で検査可能

..... 以下の項目は血液検査が必要です。検査結果より判断してください。

● 6 ヶ月以内の検査データで、甲状腺刺激ホルモン(TSH)が基準範囲より低い

● 3 ヶ月以内の検査データで、eGFR:30mL/min 未満 eGFR:(mL/min) 検体採取日()

尾道市立市民病院

地域医療連携室

TEL 0848-47-1170

FAX 0848-47-1171