

# 造影CT・MRI検査事前チェックリスト

造影CT・MRI検査を実施するにあたり、次の項目について記入又はチェックいただき、FAX予約申込みに併せて情報提供をお願い致します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師名 \_\_\_\_\_

## 1. 腎機能データについて（3ヶ月以内に実施したデータをご記入ください）

eGFR 値 :  (mL/min/1.73m<sup>2</sup>) (採血日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

※30mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の場合は、造影剤は使用できません。

※造影CT検査依頼でも、患者様が透析中の場合には記入の必要はありません。

※造影MRI検査依頼でも、透析中の患者様の造影検査はできません。

## 2. 確認事項

※下記の1)または2)のうちいずれかが[有]の場合、造影剤は使用できません。

1)造影剤を使用し具合が悪くなったことがある(該当する造影検査は不可)  
CT検査 [ 無 ・ 有 ]      MRI検査 [ 無 ・ 有 ]

2)喘息の有無(小児喘息を含む) [ 無 ・ 有 ]

\*下記はCT造影検査のみ該当

3)ビッグアナイド系の経口糖尿病薬を服用している [ 無 ・ 有 ]

※ビッグアナイド系糖尿病薬を服用している場合には、ヨード造影剤を投与することで、重篤な乳酸アシドーシスをきたすおそれがあります。これを防ぐために、検査48時間前から検査後48時間の間(計5日間)、服用を中止することが望まれています。服用中止の指導と、必要があれば代替薬品の処方をお願いいたします。検査前の服用を中止していなかった場合には、造影検査はできません。

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

放射線部 電話:03-3603-2111 (内線3374)

医療連携室 電話:03-3603-2111 (内線5145)