

事務処理用ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

## 造影剤使用に関する確認書(依頼医師記載用)

※必ずチェックをお願いします

<3か月以内のCre (            mg/dL)>

※Cre1.2mg/dL以上の場合、単純のみでの検査に変更をお願いします。

<喘息、重篤な甲状腺疾患の既往、造影剤副作用歴    あり    なし>

喘息、重篤な甲状腺疾患の既往、造影剤副作用歴等がある場合、単純のみでの検査に変更をお願いします。

<アレルギーの有無    あり(                            )    なし>

アレルギーがある方は内容によって依頼医師様に確認させていただくことがあります。

<ビグアナイド系糖尿病薬の服用の有無    あり(薬名:                            )なし>

ビグアナイド系糖尿病薬を内服している患者にヨード造影剤を使用する場合



ビグアナイド系糖尿病薬を検査当日の朝から検査後48時間休薬する必要があります。

休薬できない場合、単純のみでの検査に変更をお願いします。

<妊娠の可能性の有無>

なし

あり⇒造影検査の必要性和胎児への影響について説明し、患者から同意を得ました。

上記の項目について、確認および、患者説明を行いました。

依頼元施設名

医師名(署名)