

造影CT検査チェックリスト

長野市民病院

ID番号 _____ 氏名 _____

検査予定 _____ 年 月 日 () 時 分 □:緊急
 検査部位 _____

依頼医療機関 _____ 依頼医: _____ 記入日 _____ 年 月 日

身長 _____ cm 更新日 _____ 年 月 日
 体重 _____ kg 更新日 _____ 年 月 日

依頼医記入欄		
ヨード造影剤使用歴	□:なし □:あり	
ヨード・ヨード造影剤副作用歴	□:なし □:あり	<input type="checkbox"/> : 詳細不明 禁忌 <input type="checkbox"/> : 中等症以上の過敏症 禁忌 <input type="checkbox"/> : 軽症の過敏症 原則禁忌 <input type="checkbox"/> : 非過敏症性 造影剤変更
甲状腺疾患	□:なし □:あり	<input type="checkbox"/> : 未治療の甲状腺機能亢進症 禁忌 <input type="checkbox"/> : 上記以外 慎重投与
気管支喘息	□:なし □:あり	<input type="checkbox"/> : 3年以内の治療歴 原則禁忌 <input type="checkbox"/> : 3年以上無治療
その他の原則禁忌項目	□:なし □:あり	<input type="checkbox"/> : 全身状態が著しく不良 □: 重篤な心疾患 <input type="checkbox"/> : マクログロブリン血症 □: 重篤な肝障害 <input type="checkbox"/> : 多発性骨髄腫 □: テタニー <input type="checkbox"/> : 褐色細胞腫(疑いを含む)
アレルギー体質(本人・両親・兄弟)	□:なし □:あり	慎重投与
ビグアナイド系経口糖尿病薬 別表参照	□:なし □:あり	要休薬
妊娠中もしくは妊娠の可能性	□:なし □:あり	原則禁忌
心臓ペースメーカー	□:なし □:あり	検査後心電図確認(頸部・胸部CT時)
その他の体内刺激電極	□:なし □:あり	個別対応要(検査中止・作動停止・動作確認等)
パワーポート留置	□:なし □:あり	パワーポートからの造影希望 □:なし □:あり
腎機能検査	□: eGFR 45以上	□: eGFR 30以上 45未満 点滴指示要
採血日 _____ 年 月 日		
eGFR _____ ml/min/1.73m ²	□: 透析中	□: eGFR 30未満 原則禁忌
(Crtn _____ mg/dl)		

検査室使用欄			
□: 同意書確認		腎機能再検査 □: 不要 □: 要	eGFR
禁忌項目 □: なし □: あり		腎症予防処置 □: 不要 □: 要	□: 確認チェック
原則禁忌項目 □: なし □: あり		アレルギー予防処置 □: 不要 □: 要	□: 確認チェック
心電図確認 □: 不要 □: 要		造影剤変更 □: 不要 □: 要	□: 確認チェック
電極操作 □: 不要 □: 要		経口糖尿病薬休薬 □: 不要 □: 要	□: 確認チェック
パワーポート確認 □: 不要 □: 要			
□: 患者記録カード □: ブレスレット □: 胸部X線		確認者 看護師:	技師:
□: 予定通り終了	□: 予防処置追加	□: 造影中止	□: 検査中止
中止理由			確認者