

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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり		
ヨード・ヨード造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	<input type="checkbox"/> :全身状態が著しく不良 <input type="checkbox"/> :重篤な心疾患 <input type="checkbox"/> :マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> :重篤な肝障害 <input type="checkbox"/> :多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> :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)	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	慎重投与	
ビグアナイド系経口糖尿病薬 別表参照	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	要休薬	
妊娠中もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	原則禁忌	
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :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	<input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	パワーポートからの造影希望 <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり	
腎機能検査	<input type="checkbox"/> :eGFR 45以上	<input type="checkbox"/> :eGFR 30以上 45未満 点滴指示要	
採血日 _____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> :透析中	<input type="checkbox"/> :eGFR 30未満 原則禁忌	
eGFR _____ ml/min/1.73m ²			
(Crtn _____ mg/dl)			

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