

CT検査およびMRI検査の検査前チェック表

(以下の項目は主治医の先生が記入してください)

検査予定日： 年 月 日

CTおよびMRI検査について、以下の項目について確認をお願いします。本チェック表が添付されていない、または不十分なチェックしかなされていない場合は、検査は行えませんのでご注意ください。

(ふりがな：)

紹介患者 氏名 性別 男 女 年齢 () 歳

貴院内での ID 当院 ID (あれば)

心臓ペースメーカー (なし あり)

* 「あり」の場合 MRI 検査はできません。

* CT 検査でも、ペースメーカーが埋め込まれている場合、検査できない事があります。

心臓の冠動脈を検査される場合はペースメーカーがある場合、ペースメーカーの機種によっては

CT 検査によって故障する場合がありますので製造会社と機種名を記入してください。

製造会社() 機種名()

金属製の人工心臓弁 (なし あり) * 「あり」の場合 MRI 検査はできません。

閉所恐怖症 (なし あり) * 「あり」の場合 MRI 検査はできません。

その他の体内金属の有無 (なし あり)

「あり」の場合、丸で囲んでください

脳内金属クリップ・コイル (留置時期 年 月 材質 不明)

その他体内のクリップ・コイル・ステント (留置時期 年 月)

人工関節 (部位 時期 年) ボルト・釘固定 (部位 時期 年)

金属製の義眼 体内の鉄片・弾丸など (部位)

現在妊娠中 (なし あり)

* 「あり」の場合、事前に当院地域医療連携センターにご相談ください (097-586-6360)

既往歴・現在の状態

喘息 (なし 現在あり 過去にあり = いつごろ)

アレルギー体質 (なし あり = 程度 重度 軽度)

心 疾患 (なし あり = 疾患名・病歴)

腎 疾患 (なし あり = 疾患名・病歴)

肝 疾患 (なし あり = 疾患名・病歴)

腎機能データ(造影希望時のみ) * 記入されていませんと造影検査はできません。

BUNの値() Crの値() (年 月 日現在 *検査前3ヵ月以内のデータをお願いします。)

現在の症状、状態について詳しく

気管支喘息、重篤な肝障害、重篤な腎障害、急性膵炎、甲状腺疾患、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症などは造影剤投与が原則禁忌となっていますが、特に必要とする場合は総合的に評価し慎重投与する場合もあります。

現在の症状、病歴など詳しくお書きください。

CT 造影剤使用歴 (あり なし)

「あり」の場合

最近の造影検査年月日 (年 月 日)

副作用の有無 (なし あり)

副作用「あり」の場合

・起こった年月日 (年 月 日)

・症状 (ショック 血圧低下 嘔吐 喉頭違和感 発疹 その他:)

・処置 (無治療で軽快 投薬で軽快 入院加療した)

・造影剤名(わかれば) ()

MRI 造影剤使用歴 (なし あり)

「あり」の場合

最近の造影検査年月日 (年 月 日)

副作用の有無 (なし あり)

副作用「あり」の場合

・起こった年月日 (年 月 日)

・症状 (ショック 血圧低下 嘔吐 喉頭違和感 発疹 その他:)

・処置 (無治療で軽快 投薬で軽快 入院加療した)

・造影剤名(わかれば) ()