

【医師/看護師用】

ID	:	検査予定日①	月	日	CT	MRI
フリガナ	:	検査予定日②	月	日	CT	MRI
氏名	:	看護師サイン				
生年月日	:	医師サイン				

◎検査を安全に行うために、以下の項目へ記載をお願いします。

●造影CT・造影MRI・RI用

“造影検査問診票”で「はい」があった場合 ※「はい」が無い場合は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 検査可能		必ず医師へ確認をお願いします
アレルギー・造影剤副作用に対して、 なにか 事前に 処置を行いますか？	いいえ	はい	薬剤名・投与方法などを記載願います

・造影CTの場合のみ

糖尿病薬について伺います。 ビグアナイド系糖尿病薬に該当してますか？ ※糖尿病薬を内服してない場合は記入の 必要はありません	いいえ	はい	該当している場合、休薬の指示を お願いします。 (検査日を挟み、前後2日間の休薬)
			<input type="checkbox"/> 指示済み ※休薬できない場合、 当院では 検査できません

・冠動脈CTの場合のみ

コアベータの使用の可否	可	不可	
ミオコールスプレーの使用の可否	可	不可	

●MRI用 [体内金属の確認]

“MRI検査問診票”で体内金属がある場合 ※体内金属が無い場合は記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 検査可能	全ての金属に対してMRI対応の 確認をお願いします ※添付文書でMRI禁忌の製品は 検査できません
--	-------------------------------	--