MR・CT 検査前チェック

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

- 手術等による体内金属のチェック

☐ペースメーカー　　☐骨折による金属

☐除細動器　　☐義歯、義眼

☐ステント　　☐人工内耳

☐クリップ　　☐義手、義足

- 貼付薬のチェック

☐ニトロダーム TTS　　☐ニコチネル TTS

☐ノルスパンテープ　　☐ニュープロパッチ

☐ニコチネル TTS

- ぜんそくやアレルギーのチェック

☐ぜんそく

☐依然の造影検査時に副作用が出た事がある。

- 糖尿病薬のチェック

☐メトグルコ錠　　☐メデット錠

☐メトホルミン塩酸塩錠　　☐メタクト配合錠

☐グリコラン錠　　☐エクメット配合錠

☐イニシング配合錠　　☐ジベスト錠

☐ジベトン S 腸溶錠

☐上記、全てなし

その他、検査でご不明なことがございましたらご記入下さい。