

CT 検査前チェックシート

年 月 日 氏名 _____

●重篤な疾患がある

甲状腺 心臓 肝臓 腎臓

●ぜんそくやアレルギーのチェック

ぜんそく アレルギー()

以前の造影検査時にじんま疹、呼吸困難などの症状が出たことがある

●糖尿病の薬を服用していますか？ (はい ・ いいえ)

※ (はい) の方、該当する薬剤にチェックしてください

メトグルコ錠 メトアナ配合錠

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

イニシンク配合錠 ジベトス錠

ジベトン S 腸溶錠

上記以外の糖尿病服用剤 ()

●多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫、マクログロブリン血症などの診断を受けたことがありますか？ (ある ・ ない)

●妊娠可能な年齢の女性に伺います。

現在妊娠の可能性はありますか？ (ある ・ ない)

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