

CT 検査前チェック

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、呼吸困難等の症状が出た事がある。

● 糖尿病の薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

※ (はい) の方、糖尿病薬のチェック

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

上記以外のビグアナイド類を含む薬剤 ()

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

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。