

作成日: 年 月 日

# 造影検査前チェックリスト

- 外来  入院
- CT  MRI  カテ  その他( )

※入院中は本用紙が再検査で有効。  
 その場合、検査日を追加で記入すること  
 ※転科する場合は再度取り直し

## I、問診を行い（あり）の場合は検査可能か医師に確認してください

①	今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ CT・MRI・カテーテル検査・その他( )	( いいえ はい )	ありの場合 医師に確認し <input checked="" type="checkbox"/>
②	はいと答えた方 その時副作用はありましたか？ 蕁麻疹・吐き気・嘔吐・発赤・その他( )	( なし あり )	医師に確認済 <input checked="" type="checkbox"/>
③	喘息やアレルギーはありますか？ ヨード造影剤・ガドリニウム造影剤・薬剤・食物・その他( )	( なし あり )	医師に確認済 <input checked="" type="checkbox"/>
④	腎不全または機能が悪いと言われたことがありますか？ 片腎・透析等 内容( )	( なし あり )	医師に確認済 <input checked="" type="checkbox"/>
MRI検査の方は ⑤ ⑥ 記載不要			
⑤	ビグアナイド系経口糖尿病薬を服用していますか？ 薬剤名( ) 休薬の期間( / ~ / )	( なし あり )	休薬を説明済 <input checked="" type="checkbox"/>
⑥	甲状腺機能亢進症(バセドウ病)の既往がありますか？	( なし あり )	医師に確認済 <input checked="" type="checkbox"/>

## II、検査結果 ※検査前3カ月以内のデータ

⑦	eGFR _____ ml/min/1.73m <sup>2</sup>	年 月 日	
※ヨード造影検査の場合 [eGFR<30：原則として造影不可 30≤eGFR<45：前処置を考慮] ※MRI造影検査の場合 [eGFR<30：原則として造影不可 30≤eGFR<60：前処置を考慮] ※やむを得ず造影が必要な場合は主治医の判断		→	医師に確認済 <input checked="" type="checkbox"/>
⑧	体重 _____ kg	検査日 <input checked="" type="checkbox"/>	問診日 <input checked="" type="checkbox"/>

## III、医師からの前処置の指示 ( なし あり )

内容は指示参照  
 上記項目番号②～⑦

## IV、上記を確認した上で検査可能とする

医師確認サイン \_\_\_\_\_

問診者サイン \_\_\_\_\_

## V、検査当日に以下を確認

(外来・入院の依頼科の看護師)

- 上記に変更がなく検査結果が3カ月以内のデータである
- 検査前4時間絶食
- ビグアナイド系経口糖尿病薬休薬の確認(ヨード造影剤使用検査のみ)

看護師サイン \_\_\_\_\_

看護師サイン  
(入院中2回目)

検査日 年 月 日

検査日 年 月 日