

造影CT依頼書(兼)診療情報提供書

フリガナ		性別	医療機関名			
氏名		男・女	診療科			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	歳	主治医			
電話番号	(日中連絡の取れるところ) () -	身長	cm	体重	kg	
臨床診断名			手術歴、現病歴(症状)等			
検査目的 (具体的な撮影条件があればご記載下さい ex: 何相・撮影範囲など)						
検査部位 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()						
【糖尿病の薬 (ビグアイド系糖尿病治療薬) を飲んでおられる場合】						
<input type="checkbox"/> 腎機能が低下している場合⇒検査当日の朝から休薬、使用後48時間の休薬についての説明をした						
<input type="checkbox"/> 腎機能が正常な場合⇒造影剤使用後48時間の休薬についての説明をした						
ビグアイド系糖尿病治療薬とヨード造影剤(CT用造影剤)は、併用すると重篤な副作用を起こす危険性があります。 その為、eGFRが60未満でビグアイド系糖尿病治療薬を服用の場合、造影剤使用前48時間、使用後48時間の休薬が必要となります。 腎機能が低下していない方(eGFR60以上)は検査後48時間の休薬をしていただきますようお願い致します。 休薬がなされていない、または休薬についての指示がなされていない場合は単純撮影のみとなります。						
【休薬指示】 20 年 月 日より休薬開始						
【採血データ】 Cr値 mg/gl eGFR ml/min 採血日 20 年 月 日						
【絶食指示】 <input type="checkbox"/> 検査当日の絶食について説明をした						
問診の結果、造影剤使用可能と判断したので検査をお願い致します。 20 年 月 日 担当医師名						