

ヨード造影剤リスクチェック表

β ビグ

<判定> (禁忌・高リスク・低リスク)

主治医

ID
 氏名 (歳)
 生年月日 男・女

初回造影検査時および前回検査時から1年以上経過した場合、1年以内であっても以下のチェック項目に変更が生じた場合、全身状態の著しい変化を認める場合などには、必ず再チェックを行うようにお願いします。

【造影剤リスクチェック】

①造影剤の副作用(過敏症)の既往がある。 (はい・いいえ)

質問①で『はい』とお答えになった方について…

(わかる方のみ) 造影剤名 ()

症状は重篤なものでしたか?

(はい・いいえ)

②今までに甲状腺機能亢進症にかかったことがある。

質問②で『はい』とお答えになった方について…

投薬にて症状を抑えられないほど重篤である。

(はい・いいえ)

③現在、腎機能障害がある(疑われている)。下表にeGFRを記入

(はい・いいえ)

④今までに喘息(小児喘息も含む)と診断されたことがある。

(はい・いいえ)

質問④で『はい』とお答えになった方について…

(投薬で制御不可能)

投薬で制御可能

過去5年間、無症状無治療

⑤特に重篤な肝機能障害がある。

(はい・いいえ)

⑥心臓疾患がある。

(はい・いいえ)

質問⑥で『はい』とお答えになった方について…

(心不全など重篤なもの・緊急性が無く重篤ではないもの)

⑦マクログロブリン血症と診断されている。

(はい・いいえ)

⑧多発性骨髄腫、テタニー症、褐色細胞腫、と診断されたことがある。

(はい・いいえ)

⑨低カルシウム血症と診断されたことがある。

(はい・いいえ)

(わかる方のみ) 数値 (mg/dl)

⑩急性肺炎の疑いである。

(はい・いいえ)

⑪痙攣、てんかんの素質がある。

(はい・いいえ)

⑫現在アレルギー(アトピー体質など)がある。

(はい・いいえ)

⑬薬物過敏症の既往がある。

(はい・いいえ)

造影剤禁忌

検査出来ません

低リスク

【投薬チェック】

①糖尿病の薬を飲んでいる (はい : <薬品名> ・いいえ)

※薬品がビグアナイド系の場合は造影前後48時間空けて下さい。→ 右上欄 赤○チェック

※また、投薬は血清クレアチニン値をチェックしてから再開して下さい。

②β遮断薬を飲んでいる (はい・いいえ) ※ はいの場合は右上欄 赤○チェック

③以下のような腎毒性を有する薬剤を使用している (はい・いいえ)

シスプラチン、アミノグリコシド系薬、非ステロイド性抗炎症薬、シクロスポリン

薬剤名 ()

要チェック

④インターロイキン2による治療を受けている。もしくは受けたことがある。(治療時期: 年 月~ 年 月)

【eGFRの数値チェック表】 <eGFR値> 30以下:禁忌 / 31~60:高リスク / 61以上:低リスク

日付							
数値 (ml/分/1.73 m ²)							
造影検査の可否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否