

見本

造影剤問診票

患者氏名			
紹介元		医師名	
住 所	〒		
TEL		FAX	

質問事項		回答欄	
1	今まで、造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
2	1.で「はい」を選ばれた方に質問です。その時帰宅後も含めて副作用はありましたか？	はい	いいえ
3	2.で「はい」を選ばれた方はどのような副作用でしたか？ ()	はい	いいえ
4	気管支喘息と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
5	今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？	はい	いいえ
6	アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などがありますか？	はい	いいえ
7	甲状腺の病気と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
8	腎臓の病気、腎臓の機能が悪いといわれたことはありますか？ 血清 Cr は検査の危険性を評価するうえで必要ですので、造影検査前に必ずお願いしております。記載をお願いいたします。 不明の場合は採血検査をさせていただきます。 血清 Cr 値 () eGFR 値 ()	はい	いいえ
9	8.で「はい」を選ばれた方は病名を記載してください。 ()	はい	いいえ
10	心臓病と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
11	10.で「はい」を選ばれた方は病名を記載してください。 ()	はい	いいえ
12	糖尿病と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
13	(食欲低下、飲水量減少などによる) 脱水の可能性はありますか？	はい	いいえ
14	年齢が 75 歳を超えていますか？	はい	いいえ
15	多発性骨髄腫と診断されたことはありますか？	はい	いいえ
16	貧血と診断されたことはありますか？Ht (ヘマトクリット) の値をご存知でしたら記載してください。()	はい	いいえ
17	お薬手帳などに記載している薬剤を使用されている場合は、下記にすべて記載してください。(注射薬を含みます。)		

造影剤問診票・病院チェックリスト

患者氏名			
紹介元		医師名	
住 所	〒		
TEL		FAX	

	CIN（造影剤腎症）リスクスコア		
1			
2			副作用全体／重症
3			造影剤による副作用の既往 3.3～3.6% / 4.5～10.9%
4			気管支喘息 1.2～2.5% / 5.1～8.4% ほかのアレルギー 1.6～3.0% / 2.3～3.2%
5			
6			
7			甲状腺機能亢進症、多結節性甲状腺腫は禁忌
8	血清 Cr 値 1.5 超 : 4 点 または eGFR 40-60 : 2 点 eGFR 20-40 : 4 点 eGFR 20 未満 : 6 点		eGFR 60mL/min/1.73m ² はリスク因子
9			
10	うっ血性心不全 : 5 点		
11			
12	: 3 点		
13			
14	: 4 点		
15			
16	男 (39%未満) : 1 点 女 (36%未満) : 1 点		
17	造影剤量 100mL と考え、自動的に 1 点加算 合計 点 リスクスコア / CIN リスク / 透析リスク 0-5 点 / 7.5% / 0.04% 6-10 点 / 14.0% / 0.12% 11-16 点 / 26.1% / 1.09% 16 点超 / 57.3% / 12.6%		薬剤部チェック 利尿薬、NSAIDs、降圧薬、 ジピリダモール、ボセンタン、 アミノグリコシド、バンコマイシン、 アムホテリシン B、β-遮断薬、 ビグアナイド系薬剤 薬剤部サイン () 医師確認サイン ()