

Q4: (施設の代表者が回答、択一)

造影 MRI 検査において造影剤投与を避ける腎機能の値として、最も近いものを選択ください。

- ① eGFR < 15ml/分/1.73m²
- ② eGFR < 30 ml/分/1.73m²
- ③ eGFR < 45 ml/分/1.73m²
- ④ 設定していない

Q5: (施設の代表者が回答、択一)

腎機能について、CT 検査前のどのくらいの時期に検査されたものを許容していますか。

最も近いものを選択ください。

- ① 6ヶ月前
- ② 3ヶ月前
- ③ 1週間～48時間前
- ④ 患者の状態により異なる
- ⑤ 期限を決めていない

Q6: (自由記載)

日々の造影 CT・MRI 検査を行う上で疑問に感じていることについて記載をお願い致します。

(例：造影剤の運用方法、副作用への対応方法、他施設での状況など)

ご協力頂き有難うございます。

※下記番号へ FAX 頂き、担当のイーザイ MR へお渡しください。

FAX 番号：082-246-6853 エーザイ株式会社 越後宛