造影CT検査 問診票

造影剤を用いる検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。
以下の質問に答えてください。あてはまるものの □ にチェックしてください。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受診日　　年　　月　　日

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。

□いいえ | □はい
□ＣＴ検査　□尿路造影　□胆道造影　□血管造影　□ＭＲＩ検査
□その他の造影検査：

②その時、副作用はありましたか。

□いいえ | □はい
□発疹　□かゆみ　□吐き気　□嘔吐　□頭痛
□その他（　　）

③飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

□いいえ | □はい　薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

□いいえ | □はい

⑤アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

□いいえ | □はい
□じんましん　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎
□薬のアレルギー（薬剤名　　）
□食物のアレルギー（食物名　　）
□その他（　　）

⑥腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか。

□いいえ | □はい

⑦甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか。

□いいえ | □はい
「はい」に☑された方は、下記に当てはまるものに☑してください。
□甲状腺機能亢進症（バセドウ病）　□骨髄種　□マクログロブリン血症
□テタニー　□褐色細胞腫　□重い心臓の病気　□重い肝臓の病気

⑧糖尿病の薬を飲んでいますか。

ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

□いいえ | □はい　薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑨体重をお書きください。

（　　kg）

⑩現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。また、授乳中ですか。

□いいえ　□はい（妊娠中）　週数：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□わからない　□はい（授乳中）

・上記の問診を確認した上で造影剤を使用する

春　江　病　院