

造影剤検査問診票

(CT、DIP、その他_____)

記入日： 年 月 日

患者または代理人（続柄） _____ ご署名 _____

検査をできるだけ安全に行うために、おわかりになる範囲でなるべく正確に記入して下さい。（該当する方に○で囲んで下さい）

今までに、造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり（CT検査、腎臓検査、血管造影検査、その他_____）

あると答えられた方へ、その時、副作用はありましたか？

なし あり（じんましん、吐き気、嘔吐、その他_____）

薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

なし あり（ _____ ）

腎臓及び副腎の働きが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？

なし あり

現在心臓の薬を飲んでいますか？

いいえ はい 薬の名前（ _____ ）

喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？

いいえ はい （何歳の時ですか 歳 ・わからない）

糖尿病はありますか？

いいえ はい 薬の名前（ _____ ）

甲状腺が悪い（バセドウ病等）と言われたことはありますか？

いいえ はい

※ 女性の方のみお答え下さい。現在、妊娠していますか？

いいえ はい