

造影剤検査問診表

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記載者 _____

前回と変りなし

お名前 _____ (_____ 歳)

性別 男 ・ 女

この検査は、造影剤という検査薬を使用して行います。
このお薬は、極めて安全性の高いものですが、極まれにお身体に合わない方がいらっしゃいます。
検査をより安全に行うため、お手数ですが次の質問にお答え下さい。
(ご本人が答えられない場合には、代理の方がお答え下さい)

1. 以前に造影剤を使った検査をしたことがありますか？

ある・ない・わからない

ある場合、何の検査でしたか？

CT・MR・血管造影・その他(_____)

造影剤の副作用はありましたか？

はい・いいえ・わからない

はい → かゆみ・じんましん・せき・くしゃみ・吐き気・嘔吐・発熱

その他(_____)

2. 甲状腺機能異常といわれたことはありますか？

はい・いいえ

3. 腎臓病といわれたことはありますか？

はい・いいえ

4. アレルギーはありますか？

はい・いいえ

はい → 食べ物・薬剤・花粉症・その他(_____)

どの様な症状ですか？

(_____)

5. ぜんそくはありますか？

はい・いいえ

6. 糖尿病のお薬は飲んでいますか？

(メタクト・メトグルコ・メデット・グリコランメトホルミン・ネルビス・ジベトスなど)

はい・いいえ

はいと答えた方、その薬はなんですか？(_____)

◆女性の方に質問です

7. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？

はい・いいえ

8. 現在授乳中ですか？

はい・いいえ

御本人様
(もしくは家族様)
サイン



三省会 堀江病院 放射線科
TEL: 0276-38-8715 (直通)