

画像検査予約システム 造影剤使用検査問診票

患者氏名 _____ 生年月日 _____

造影剤使用の検査を安全に行うために、下記の質問にお答えください。

(該当する項目の□にチェックをお願いします)

1. アレルギー体質または、アレルギー性の病気がありますか？

☐ なし

☐ あり→ありの場合 ☐じんましん ☐アトピー性皮膚炎 ☐気管支喘息 ☐アレルギー性鼻炎 ☐花粉症
☐薬のアレルギー() ☐食物アレルギー()
☐金属アレルギー ☐その他()

2. ヨード剤(ヨードチンキ、イソジンガーグル等)に過敏症の既往がありますか？

☐ なし ☐あり

3. 今までに造影剤使用の検査を受けた事がありますか？

☐ なし

☐ あり →ありの場合 ☐造影CT ☐造影MRI ☐血管造影 ☐脊髄造影 ☐胆道造影 ☐尿路造影
☐その他()

☐ 不明

☆ その際、気分がわるくなった・発疹が出たなどの副作用があった方はその内容をご記入ください。

症状が出現した時期(検査中・検査後・数時間後・数日後・その他:)

症状()

4. ご家族に造影剤使用の検査を受け、副作用のあった人がいますか？

☐ なし ☐あり ☐不明

5. 下記の内容に当てはまることがありますか？

- ☐ 腎臓が悪いと言われたことがある
☐ 現在妊娠、授乳している(女性のみ)
☐ 甲状腺の病気で現在治療している
☐ 現在糖尿病の治療をしている (薬剤名:)
☐ 現在鉄剤を飲んでいる
☐ 上記項目のどこにも当てはまる事はない

6. 鉄剤に過敏症の既往がありますか？(鉄系造影剤を使用する方のみ)

☐ なし ☐あり

依頼元医療機関記入欄

クレアチニン値(3ヶ月以内のもの)

_____ mg/dl (検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) _____ 記載者 _____