

造影検査に関する問診票（アレルギーチェックを含む）

ID _____ 患者氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 _____

安全に検査を行うため、該当するものに○を付けて下さい

医療者
確認欄

1.造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	なし	あり	CT MRI 血管造影 心臓カテーテル検査 尿路造影 胆道造影 子宮卵管造影 その他 ()	<input type="checkbox"/>
その時何か症状がありましたか	なし	あり	嘔気 嘔吐 かゆみ 湿疹 呼吸困難 意識消失 血圧低下 その他 ()	<input type="checkbox"/>
2.気管支喘息と診断されたことがありますか	なし	あり	・現在、無治療 ・現在、治療中で症状なし ・現在、治療中で症状あり 喘鳴・呼吸苦・激しい咳 ・最終発作はいつ頃か ()	<input type="checkbox"/>
3.薬物アレルギーがありますか	なし	あり	薬品名 () 症状：じんましん・かゆみ・咳・くしゃみ 鼻水・鼻閉、吐き気、息苦しさ その他の症状 ()	<input type="checkbox"/>
4.食物アレルギーがありますか	なし	あり	食物名 []	<input type="checkbox"/>
5.他にアレルギー性の病気または体質をいわれたことがありますか	なし	あり	じんましん・アトピー性皮膚炎・花粉症 アレルギー性鼻炎・アレルギー体質	<input type="checkbox"/>
6.ご家族(両親、兄弟など)にアレルギーの方はいますか	なし	あり	続柄 () アレルギーの内容 ()	<input type="checkbox"/>
7.右記のいずれかの診断を受けたことがありますか	なし	あり	甲状腺機能亢進症（現在、無治療・治療中） その他の甲状腺の病気 () 褐色細胞腫 多発性骨髄腫 マクログロブリン血症 テタニー 腎臓の病気 () 肝臓の病気 () 糖尿病（薬品名 ()） 高血圧・不整脈・狭心症 （薬品名 ()）	<input type="checkbox"/>
(女性の方へ) 妊娠中または妊娠の可能性がありますか (なし ・ あり)				<input type="checkbox"/>
授乳中ですか (なし ・ あり)				<input type="checkbox"/>
※必ず記入してください※ 緊急連絡先（本人以外） ※氏名 _____ (続柄 _____)			<input type="checkbox"/>	
※電話番号 _____			<input type="checkbox"/>	
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____				<input type="checkbox"/>
又は記入者 _____ (続柄 _____)				<input type="checkbox"/>

☆医療者記載欄	現在の体重（造影剤の投与量の計算に必要） (_____) kg	
確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療者確認サイン (_____)	