

造影検査に関する問診票

ID _____

氏名 _____

記入日 _____

◇安全に造影検査を行うために、下記の質問にお答え下さい(□内にチェックを入れて下さい。)

1 今までに造影剤を使用した検査を受けたことはありますか

なし あり → 「あり」の場合、受けた検査の種類を全てお選び下さい

- 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()

① 検査時または帰宅後も含めて異常はありましたか

なし あり

② ①で異常ありの場合、どのような症状でしたか

- 吐き気 嘔吐 かゆみ 湿疹 呼吸困難 意識消失 血圧低下
 その他()

2 気管支喘息と診断されたことはありますか

なし あり → 「あり」の場合、下記もご記入ください

- 症状なく現在は無治療 症状があり現在も治療中

3 喘息以外のアレルギー性の病気や体質がありますか

- なし 薬剤アレルギー() 花粉症
 食物アレルギー() アトピー性皮膚炎
 アレルギー性鼻炎 その他()

4 ご家族にアレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか

なし あり ()

5 下記のいずれかの診断を受けたことがありますか

- なし 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) 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
 腎不全などの腎臓の病気() 肝臓の病気
 糖尿病(お薬の名前:)
 高血圧(お薬の名前:)

6 女性の方に伺います

現在妊娠している、またはその可能性がありますか

なし あり

現在、授乳していますか

なし あり

7 現在の体重をお書きください(造影剤の投与量の計算に必要です)

_____ Kg