

# 造影検査に関する問診票

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人以外の連絡先(TEL \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ ※必ずご記入ください)

◇安全に造影検査を行うために、下記の質問にお答えください(口内にチェック✓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  薬物アレルギー( \_\_\_\_\_ )  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



ご連絡先

JCHO久留米総合病院 TEL: 0942-33-1211 (代表)

確認者 \_\_\_\_\_