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　記入日　　年　　月　　日

緊急連絡先（本人以外）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（必ず記入）

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

安全に検査を行うため、該当するものに〇を付けて下さい

				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（　　）	□
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　（　　）	□
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(　　)	□
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（　　）	□
4.食物アレルギーがありますか	なし	あり	食物名（　　）	□
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	□
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（　　）	□
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　　）	□
（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） 授乳中ですか　（なし・あり）				□ □
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				□

確認日　　年　　月　　日　医療者確認サイン（　　）