

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	医療者 確認欄
安全に検査を行うため、該当するものに○を付けて下さい						
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ありますか (なし ・ あり)						☐
授乳中ですか (なし ・ あり)						☐
※必ず記入してください※						
緊急連絡先(本人以外) ※氏名 (続柄)						☐
※電話番号						
記入日	患者氏名					☐
年 月 日	代筆者氏名 (続柄)					

※ 患者本人以外の代筆者は必ず続柄と患者氏名もご記入ください。

☆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 ()