

造影 CT 検査問診票

患者名 _____ 様

安全に造影検査を受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

□ これまでに CT 造影検査や血管造影検査、DIP 検査等のヨード造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか。

(あり ・ なし)

□ あると答えられた方。その時、副作用はありましたか。 (あり ・ なし)

□ 副作用があった方は、内容を詳しくお書きください。

□ アレルギー体質ですか。 (あり ・ なし)

□ あると答えられた方。何のアレルギーですか。

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他 (_____)

薬 (薬品名 : _____)

食品 (食品名 : _____)

□ 甲状腺疾患 (あり ・ なし)

□ 心臓病 (あり ・ なし) 疾患名 (_____)

□ 腎臓病 (あり ・ なし) 疾患名 (_____)

□ 肝臓病 (あり ・ なし) 疾患名 (_____)

□ 気管支喘息 (あり ・ なし)

□ けいれん・ひきつけ (あり ・ なし)

□ 糖尿病 (あり ・ なし)

あると答えられた方でお薬を飲んでおられる方は、お薬の名前を記入してください。

[メトグルコ・メデット・グリコラン・メタクト・メルビン・その他 (_____)]

※ヨード剤検査の場合、糖尿病用剤を使用している方は、服用を一時的に中止して頂く場合があります (造影剤使用の2日前から中止、使用後48時間以降再開)

※緊急に検査を行う必要がある場合を除きます → 詳しくは後ほど説明いたします

□ その他の疾患があれば、ご記入下さい。

(西暦) 年 月 日 記入者名 _____ 様