

造影CT 検査問診票

(本書は、申込時に検査依頼書と一緒にFAXいただき、検査当日はこの用紙を必ず持参して下さい)

造影剤は患者さんの体質や状態によっては使用できないことがあります。
検査をできるだけ安全に行うために以下の質問にお答え下さい。

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。
□なし □あり : CT・MRI・血管造影・尿路造影・胆嚢造影
その他 ()



『あり』と答えられた方。そのとき(帰宅後も含めて)副作用はありましたか。
□なし □あり: 副作用の内容 ()

2. ご本人およびご家族(血縁者)にアレルギー性の病気や体質はありますか。
□なし □あり: 続柄と内容 ()

3. 下記に該当する項目はありますか。

□ヨード造影剤のアレルギー歴 □バセドウ病 **禁忌**
□気管支喘息 □重篤な腎機能障害 □多発性骨髄腫 □褐色細胞腫 **原則禁忌**

※以下の場合には検査ができないことがあります。

□その他造影剤使用に注意を要する疾患 □ビグアニド糖尿病薬使用
□妊娠 □ペースメーカー、除細動器など □アレルギー歴

問診日: 令和 年 月 日

患者氏名:(署名) _____

代理人※:(署名) _____ (続柄)

※患者さんご本人が自署できない場合