

造影検査問診票(患者記入欄) -CT用

造影剤の必要性和副作用をよく理解していただいた上で安全に検査を行うために、下記の項目にお答えください。

①気管支喘息といわれたことがありますか？

なし あり

・ありと答えた方に質問します。現在は気管支喘息の治療をしていますか？

現在は治療していません。 現在も治療中です。

②今までに造影剤(注射)を用い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・尿路造影・その他()

・その時、副作用がありましたか？

なし あり⇒吐き気、発疹、くしゃみ、その他()

③これまでに甲状腺の疾患で治療を受けたことがありますか？

なし わからない あり(病名:)

④以下のアレルギー体質、アレルギー性の病気や薬の副作用はありますか？

なし あり

・ありと答えた方は、下記の項目の該当するものにチェックをお願いします。

じんましん アトピー性皮膚炎 食物アレルギー アレルギー性鼻炎(花粉症等)

飲み薬・注射薬(薬名:)に対するアレルギーや副作用歴

その他()

⑤これまで腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？

なし あり

⑥日頃、糖尿病薬を服用していますか？

いいえ はい お薬の名前()

⑦女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか？

いいえ はい

現在、授乳中ですか？

いいえ はい

造影検査における造影剤使用の同意書(患者記入欄)

検査に際して、私は説明書によって検査の内容と造影剤について理解をしましたので、造影剤の使用に同意します。

令和 年 月 日 患者又は代理人(続柄:) 氏名

(未成年者は親権者)

患者ID

この問診票は検査当日に、検査担当技師にお渡しください。