

造影剤使用検査問診票

様

検査日時 西暦 年 月 日 時 分

検査項目	<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> 血管造影
	<input type="checkbox"/> X線TV (検査内容:)		

*問診担当者は”あり”の項目に関して検査依頼医に確認し、検査施行可能な場合は問診項目の右隣□にチェックを入れる。

① 今までに造影検査を受けられたことがありますか？	なし	あり	
⇒ ①で”あり”と答えた方			
② 造影検査中、検査後(1週間以内)に気分不快、蕁麻疹、何か変わった事はありましたか？	なし	あり	<input type="checkbox"/>
⇒ ②で”あり”と答えた方			
発生状況、症状等 ()			

③ 気管支喘息といわれたことがありますか？	なし	あり	
⇒ ③で”あり”と答えた方 (□ にチェックしてください)			
<input type="checkbox"/> 5年以上症状なし <input type="checkbox"/> 治療中で症状が落ち着いている <input type="checkbox"/> 治療中だが症状が落ち着いていない <input type="checkbox"/> 症状があり治療もしていない			

④ アレルギー疾患はありますか？	なし	あり	
⇒ ④で”あり”と答えた方			
アレルギーの種類 ()			

⑤ 甲状腺、心臓、肝臓、腎臓(透析含む)に病気がありますか？	なし	あり	
⇒ ⑤で”あり”と答えた方			
病気の種類 ()			

⑥ ヨード過敏症と言われたことはありますか？ 【MRIの場合問診不要】	なし	あり	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	----	----	--------------------------

⑦ 糖尿病薬の服用がありますか？ 【MRIの場合問診不要】	なし	あり	
⇒ ⑦で”あり”と答えた方で内服を服用されている方			
薬剤名 (*造影にあたって休薬する場合日付を記入 月 日～ 月 日)			

⑧ 身長、体重を教えてください。 【身長 cm】 【体重 kg】

※問診担当者へ : 上記の確認事項にチェック漏れはありませんか？ はい、確認しました

問診取得日【 年 月 日 】 部署【 共同利用 】 担当者名【 】