

造影剤使用検査問診票

様  
分

検査日時 西暦 年 月 日 時

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、何か変わった事がありましたか？	なし	あり	
⇒ 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 )			
□5年以上症状なし □治療中で症状が落ち着いている □治療中だが症状が落ち着いていない □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	□
-------------------------------------	----	----	---

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【 】