

ヨード系造影剤問診票

お名前 _____ 様

造影剤を使用して検査を行います。検査の安全性を高める為に、下記の問いにお答え下さい。

1. 造影剤の説明を受けご理解いただけましたか？ (はい・いいえ)
2. 今までに造影剤(点滴又は注射)を用いた検査を受けた事がありますか？ (ある・ない・わからない)
あると答えられた方へ どの検査ですか？
1. CT検査 2. 腎臓の検査 3. 胆嚢の検査 4. 血管造影検査 5. MR検査 6. 不明
上記の検査中または検査後に発疹、吐き気等の副作用はありましたか？ (ある・ない・わからない)
あると答えられた方へ その時の症状はどの様なものですか？
a. 発疹 b. かゆみ c. 吐き気 d. 嘔吐 e. 頭痛 f. 咳 g. その他()
3. 下記の病気にかかった事がありますか？ ある方は○をつけてください。
・アレルギー疾患(病名 _____)
・気管支喘息 ・腎疾患 ・肝疾患 ・心臓疾患(病名 _____)
・甲状腺機能亢進症(バセドウ病) ・マクログロブリン血症 ・多発性骨髄腫
・褐色細胞腫 ・重症筋無力症
4. 糖尿病の薬を内服していますか？ (はい・いいえ)
(はい)と答えられた方…薬の名称をお答え下さい…()
5. 注射や薬で気分が悪くなるなどの副作用が出たことがありますか？ (ある・ない・わからない)
ある場合、その薬、症状はどの様なものですか？
薬品名() 症状()
6. 食べ物で蕁麻疹がでた事がありますか？ (ある・ない・わからない)
ある場合、その食べ物と症状はどの様なものですか？
食べ物() 症状()
7. 体重をお書き下さい。 _____ kg
8. 現在、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない・わからない)