ID:@@SYPID@@ 患者氏名:@@ORIBP_KANJI@@ @@DYTODAY@@

CT 造影検査問診票

患	者様記入欄									
							CT		MRI	
A.	造影検査を受けた事がありますか。		いいえ		はい		血管造影		尿路造影	
							その他(11-2007/07/12-E82-94-10-28-98-90)
ъ	生以及本中よれは彼 て 彼よさ、ナヨのトミ						発疹		かゆみ	
В.			いいえ		はい		くしゃみ		吐き気・嘔吐	
	な副作用がありましたか。						その他()
C,	気管支喘息といわれた事がありますか。		いいえ		はい		現在、治療	中		
									った(小児喘息含む	')
***************************************							じんま疹	-	花粉症	
D.	右記のようなアレルギーや病気はありますか。		いいえ		はい		アトピー		アレルギー性鼻炎	
							食べ物		薬物	
							その他(1.000	212.154)
E.	現在、甲状腺機能亢進症の治療中ですか。	П	いいえ		はい			- 日崩	位の十分な経過観察が必要で	
	現在、右記の病気の疑い、又は治療中です		V .V .V		141.		褐色細胞腫	7 73 4	EVI DIAMARKA ZIX	. 7 6
г.			いいえ		はい	П		瞎	LA -t- da dor all total attaches a surface	- 1
	7)3 ₀			······································			多発性骨髓	加里	*検査後、経過観察が必要で	290
G.	11.100 12.100 10.		いいえ		はい					120 % 0
	すか。				***************************************				*検査後、経過観察が必要で	<i>3</i> 7 .
							ジベトス		メトグルコ	
H.	右記のような糖尿病薬(ビグアナイド系)						メルビン		グリコラン	
11.	を服用していますか。		いいえ		はい		メデット		メトホルミン塩酸	塩
	EMIX/II C CV & 9 No						ネルビス		メトリオン	
							メタルト		ジベトンS な	ど
I.	現在、妊娠中ですか。		いいえ		はい					
J.	体重をご記入下さい。				kg	※造	影剤の量を決定する	るため	に必要です。	
	問診票記載確認 記入日:平成 生	F.	月		日					
ŧ.	香護師		患者様署	.A						
			芯有怀有	4	1		**************************************			
			代理人署	名 (糸	売柄)				
医師指示欄										
>	B,C の設問で"はい"に☑があった場合は(按頼	医の立会し	ハがす	必要です	t. :	立会い不要と	判践	所される場合は下記	に理
	由を記載して下さい。 <u>立会い不要な理由が</u>	記載る	されていな	い場	合は、非	病院	長の指示のも	と造	影検査は行いません	U _o
	〈理由〉									
D	特別指示(副作用低減目的の補液・投薬等))	ある担合	ナ下ョ	却た記書	また:	お願いします	 - 7	・だし 薬剤の投与	
		/ //-	<i>の) る物</i> ロ (14 I E		双 位。	る。例と、しょり	0 /	こにし、米州の汉子	(AT)
診療科でお願いします。										
	〈特別指示〉				******					
车	————————————————————— 師署名欄									
	마마-1= "니 개자									
	到 1 D · 亚成 年 日	_		匠	師翠夕					