CT 造影検査問診票

患者様記入欄

A. 造影検査を受けた事がありますか。	□ いいえ	□ はい	□ CT　□ MRI □ 血管造影　□ 尿路造影 □ その他(　　)
B. 造影検査中または終了後から、右記のような副作用がありましたか。	□ いいえ	□ はい	□ 発疹　□ かゆみ □ くしゃみ　□ 吐き気・嘔吐 □ 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 □ 過去、治療を行った(小児喘息含む)
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	□ じんま疹　□ 花粉症 □ アトピー　□ アレルギー性鼻炎 □ 食べ物　□ 薬物 □ その他(　　)
E. 現在、甲状腺機能亢進症の治療中ですか。	□ いいえ	□ はい	＊検査後、数ヶ月単位の十分な経過観察が必要です。
F. 現在、右記の病気の疑い、又は治療中ですか。	□ いいえ	□ はい	□ 褐色細胞腫 □ 多発性骨髄腫　＊検査後、経過観察が必要です。
G. 腎臓の機能が悪いといわれた事がありますか。	□ いいえ	□ はい	＊検査後、経過観察が必要です。
H. 右記のような糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか。	□ いいえ	□ はい	□ ジベトス　□ メトグルコ □ メルビン　□ グリコラン □ メデット　□ メトホルミン塩酸塩 □ 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ために必要です。

問診票記載確認	
技師	看護師

記入日：平成　　年　　月　　日

患者様署名 _____

代理人署名（続柄　　） _____

医師指示欄

- B,C の設問で“はい”に☑があった場合は依頼医の立会いが必要です。立会い不要と判断される場合は下記に理由を記載して下さい。**立会い不要な理由が記載されていない場合は、病院長の指示のもと造影検査は行いません。**

〈 理 由 〉

- 特別指示（副作用低減目的の補液・投薬等）がある場合は下記に記載をお願いします。ただし、薬剤の投与は各診療科でお願いします。

〈特別指示〉

医師署名欄

記入日：平成　　年　　月　　日　　医師署名 _____

代理を依頼した場合は代理医師名（　　医師）