

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. 右記等のような糖尿病薬（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. 身長、体重をご記入下さい。 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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

(設問 E,F,H は MRI 造影検査においては考慮する必要はありません)

- ▶ B,C の“はい”に☑があった場合は依頼医の立ち会いが必要です。立ち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。 立ち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をお願いします。

〈特別指示〉 _____

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)