

造影剤検査問診票

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

◆造影検査を安全に行うために、担当医師とともにご記入をお願いします。

1 今まで造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？

なし あり 「あり」と答えた方にお聞きします。

造影剤を使用して副作用を起こしたことがありますか？

なし あり

*検査の種類

CT MRI 血管造影

尿路造影 胆嚢造影

*症状

じんましん 発赤 くしゃみ

咳 あくび 嘔吐 吐き気

頭痛 喉の違和感

その他

2 アレルギー歴はありますか？また、両親・御兄弟にアレルギー歴はありますか？

なし あり 喘息 気管支喘息 じんましん アトピー

食品アレルギー アレルギー性鼻炎

飲み薬・注射薬(薬品名 : _____)

その他

3 現在、心臓、腎臓、甲状腺、肝臓の疾患をお持ちですか？

なし あり 心臓病 腎臓病 甲状腺疾患 肝臓疾患

膵臓疾患 マクログロブリン血症 多発性骨髄腫

テタニー症 褐色細胞腫 高血圧

その他(_____)

4 腎機能が悪いと言われたことがありますか？

なし あり 血清クレアチニン値 (_____ mg/dl)

採血日 _____ 月 _____ 日 (3ヶ月有効)

5 現在、糖尿病のお薬を服用されていますか？

なし あり (薬名 : _____)

6 女性の方にお聞きします。

現在妊娠中ですか？ いいえ はい わからない

現在授乳中ですか？ いいえ はい

紹介元担当医師記入欄

メディカルトピア草加病院 院長 金平 永二 殿

上記患者は、このたびの検査における造影剤の使用を適切であると、判断いたします。

紹介元医療機関名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名

印