造影検査のための問診票

あなたのお名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

適したものの□内に×印をいれてください。問い 1、問い 3 で”あり”を選ばれた方は、適した言葉を〇で囲むか、あるいは( )の中に具体的な言葉を書いてください。

1. 今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか?

□なし　　□あり: CT 検査、腎臓検査、胆のう検査、血管造影、MR 検査
そのとき、副作用はありましたか?
□なし　　□あり: 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他(　　)

- 造影剤で副作用歴”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

2. 今までに喘息といわれたことがありますか?

□なし　　□あり
上記で”あり”に印を付けられた方にお尋ねします。現在喘息で治療を受けていますか?
□なし　　□あり

- 喘息で現在治療中”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

3. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか?

□なし　　□あり: じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、
薬のアレルギー　(薬剤名:　　)、
食物のアレルギー (食物名:　　)、　その他 (　　)

4. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか?

□なし　　□あり

5. 糖尿病を治療中で　糖尿病のお薬（メトグルコ・グリコラン・メタクト等）を飲んでおられませんか？これらの薬は検査日とその後 2 日間（可能であれば検査前 2 日間を含む計 5 日間）休薬することが望ましいです。

□なし　　□あり　【薬剤名　　】

6. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか?

□なし　　□あり　　□わからない

上述の問診表のうち、問い 1 から 5 で　□　ありの項目に当てはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

彦根市立病院