

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○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 糖尿病のお薬を飲んでおられますか?

☐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。