院外用

造影 CT 検査に関する問診票

患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？
　□なし　　□あり:CT、尿路検査、胆のう検査、血管造影、MRI
　　その他(　　)

2.「あり」の方へ
　➢ それはいつ、どこでされましたか？
　（いつ:　　)(どこで:　　)
　➢ その時に副作用はありましたか？
　□なし　　□あり:じんましん、吐き気、嘔吐
　　その他(　　)

3. 今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？
　□なし　　□あり:(具体的に　　)

4. アレルギー体質、アレルギー疾患がありますか？
　□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
　　その他(　　)

5. 今までに喘息と言われたことはありますか？
　□なし　　□あり:現在服薬（　なし　・　あり　）

6. 今までに腎臓の働きが悪い(腎不全など)と言われたことはありますか？
　□なし　　□あり

7. 糖尿病のお薬を飲んでいますか？
　□なし　　□あり:薬の名前(　　)

8. ペースメーカーあるいは植込み型除細動器(ICD)を使用していますか？
　□なし　　□あり:メーカーおよび機種(　　)

9. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？(女性のみ)
　□なし　　□あり　　□わからない

記入日　西暦　　年　　月　　日

ご紹介医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問診医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人社団 清永会 矢吹病院