

# 造影検査を受けられる方へ

(問診票) □にチェックを入れて下さい。

(1) これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？

- ある (MRI・CT・腎臓・尿路・血管・その他)  
 なし  
 わからない

\*ありと答えられた方へ

検査中又は帰宅してから具合が悪くなったことはありますか。

- ある (発疹・じんましん・吐き気・胸痛・その他)  
 なし

(2) これまでに甲状腺機能亢進症 (バセドウ病) 又は骨髄腫といわれたことがありますか。

- ある (甲状腺機能亢進症・骨髄腫)  
 なし  
 わからない

(3) これまでに飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

- ある (かぜ薬・解熱剤・痛み止め・抗生剤・その他)  
 なし

(4) アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか。

- ある (アレルギー性鼻炎・花粉症・湿疹・じんま疹  
・アトピー性皮膚炎・その他)  
 なし  
 わからない

(5) これまでに腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。

- ある  
 なし

(6) 気管支喘息についてお尋ねします。

- 現在、気管支喘息といわれている。  
 過去、気管支喘息といわれたことがある。(何年前ですか? 年前)  
 いわれたことがない。

(7) 鉄過剰症 (ヘモクロマトーシスなど) についてお尋ねします。

- ある  
 なし  
 わからない

(8) 必要な方のみお答え下さい。

現在妊娠中ですか。  はい  いいえ  わからない

この前の生理はいつですか。 月 日から 月 日まで

今一度、見直して頂いて間違いがなければ、確認のためサインをお願いします。

平成 年 月 日

署名

代理署名