

## 造影検査問診票

## 患者様記入欄

- A. 造影検査を受けた事がありますか。  いいえ  はい  CT  MRI  
 血管造影  尿路造影  
 その他( )
- B. 造影検査中または終了後から、右記のような副作用がありましたか。  いいえ  はい  発疹  かゆみ  
 くしゃみ  吐き気・嘔吐  
 その他( )
- C. 気管支喘息といわれた事がありますか。  いいえ  はい  現在、治療中  
 過去、治療を行った(小児喘息含む)
- D. 右記のようなアレルギーや病気はありますか。  いいえ  はい  じんま疹  花粉症  
 アトピー  アレルギー性鼻炎  
 食べ物  薬物  
 その他( )
- E. 現在、甲状腺機能亢進症の治療中ですか。  いいえ  はい \*検査後、数ヶ月単位の十分な経過観察が必要です。
- F. 現在、右記の病気の疑い、又は治療中ですか。  いいえ  はい  褐色細胞腫  
 多発性骨髄腫 \*検査後、経過観察が必要です。
- G. 腎臓の機能が悪いといわれた事がありますか。  いいえ  はい \*検査後、経過観察が必要です。
- H. 右記等のような糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか。  いいえ  はい  ジベトス  メトグルコ  
 メルビン  グリコラン  
 メデット  メトホルミン塩酸塩  
 ネルビス  メトリオン  
 メタルト  ジベトンS など
- I. 現在、妊娠中ですか。  いいえ  はい
- J. 身長、体重をご記入下さい。 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

問診票記載確認	
技師	看護師

記入日：平成 年 月 日

患者様署名 \_\_\_\_\_

代理人署名(続柄 ) \_\_\_\_\_

## 医師指示欄

(設問 E,F,H は MRI 造影検査においては考慮する必要はありません)

- ▶ B,C の“はい”に☑があった場合は依頼医の立ち会いが必要です。立ち会い不要と判断される場合は下記に理由を記載して下さい。 立ち会い不要な理由が記載されていない場合は、病院長の指示のもと造影検査は行いません。

〈理由〉 \_\_\_\_\_

- ▶ 特別指示（副作用低減目的の補液・投薬等）がある場合は下記に記載をお願いします。ただし、薬剤の投与は各診療科をお願いします。

〈特別指示〉 \_\_\_\_\_

記入日：平成 年 月 日

医師署名 \_\_\_\_\_

代理を依頼した場合は代理医師名 ( \_\_\_\_\_ 医師)