



【問診票】造影CT・MRI検査

検査日： 年 月 日
記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 体重 _____ kg 身長 _____ cm

※造影剤の使用量を決めますので必ず記入してください

1. 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 (なし ・ あり)
 【あり】と答えた方にお聞きします。その時に何か変わったことはありましたか。 . . (なし ・ あり)

・何の検査で起こりましたか。
CT 血管造影 MRI 胆のう造影 排泄性尿路造影
その他 (_____)

・どのような症状でしたか。
くしゃみ せき あくび 息苦しさ じんましん
発赤 吐き気 おう吐 血圧低下 意識消失
その他 (_____)

造影剤副作用カードはお持ちですか？ (お持ちの方はお見せ下さい) (なし ・ あり)

2. 喘息、アレルギー性の病気、アレルギー体質はありますか。 (なし ・ あり)
- 喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんましん
食べ物 (_____) 飲み物 (_____) その他 (_____)

3. 糖尿病はありますか。 (なし ・ あり)
 【あり】と答えた方にお聞きします。糖尿病の薬を飲んでいますか。 (なし ・ あり)
 薬の名前を記入して下さい。(薬名： _____)

4. 腎臓病はありますか。 (なし ・ あり)
 5. 透析をしていますか。 (なし ・ あり)
 6. 甲状腺の病気はありますか。 (なし ・ あり)
 7. 心臓血管手術歴はありますか。 (なし ・ あり)
冠動脈ステント術 冠動脈バイパス術 ペースメーカー その他 (_____)

※女性のみお答えください。

8. 現在、妊娠またはその可能性がありますか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)
 9. 現在、授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

※内容について不明な点がありましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。

佐久総合病院 CT・MRI 検査室

スタッフ記入欄 (検査値は3ヶ月以内 採血日： _____)

問診票確認看護師	血圧： _____	心拍数： _____	Cr 値： _____	eGFR 値： _____	サイン _____
----------	-----------	------------	-------------	---------------	-----------

〈造影剤アレルギー・喘息のある方のみ記入〉

- 医師確認 ・ステロイド剤使用： あり・なし
 使用ステロイド剤： プレドニン・デキサート その他 _____
 検査当日ステロイド使用確認者 サイン _____