

CT造影検査問診票

安全に検査をしていただくために次の質問にお答え、
該当するものに**太字**で○を記してください。

●造影剤を使用するにあたり、あなたの体重を教えてください。	kg
-------------------------------	----

●今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？		
CT・MRI・尿路造影・心臓カテーテル・その他	なし	あり
●今までに造影剤を用いた検査で副作用はありましたか？		
発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・くしゃみ・息苦しさ・その他	あり	なし
●今までに気管支喘息と言われたことがありますか？		
現在治療中・治療している・小児喘息	あり	なし
●アレルギー性の病気はありますか？		
じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他 薬に対するアレルギー() 食物アレルギー()	あり	なし
●今までに次の病気と言われたことがありますか？		
ヨード過敏症・腎臓病・甲状腺疾患・糖尿病・マクログロブリン血症・ 多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫	あり	なし
●現在ビグアナイド系糖尿病治療薬を服用してますか？	あり	なし
お薬の名前がわかる場合ご記入をお願い致します。[] メデット・メトグルコ・メタクト・グリコラン・ネルビス・ メトホルミン・メトリオン・シベトス・シベトン・その他・わからない		
●心臓にペースメーカーを埋め込んでいますか？	はい	いいえ
●閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？	はい	いいえ
●注射の際、アルコール消毒で皮膚がかぶれたりしますか？	はい	いいえ

《女性の方へ》

●現在妊娠、または妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ
●授乳中ですか？	はい	いいえ

その他、わからないことがあればCT検査室スタッフまでお声掛けください。

記入日 年 月 日

本人署名

又は代理人署名

続柄