

造影検査問診表

ID番号

氏名

この問診は造影剤を用いた画像検査をできるだけ安全確実にを行うためのものです。

おわかりになる範囲でなるべく正確に記入の上、検査当日には必ずこの問診票をご持参下さい。

問診の結果、担当医師の判断により造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承下さい。

現在の体重

kg

過去に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり（CT・MRI・血管造影・腎尿路検査・胆のう検査）

過去に造影検査を受けたことがある方のみお答え下さい。

以前の造影検査の際、何か副作用はありましたか？

なし あり（吐き気・かゆみ・発疹・その他：）

薬(造影剤・麻酔を含む)にまけたりするなどの副作用がでたことがありますか？

なし あり（薬：

現在または過去に、アレルギー性の病気にかかったことや、アレルギー体質などはありますか？

なし あり（ぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー・食べ物・その他）

ご両親や御兄弟に、アレルギー性の病気やアレルギー体質などはありますか？

なし あり（）

下記にあてはまるものがありますか？

なし あり

目の病気・甲状腺の病気・心臓の病気・肝臓の病気・急性膵炎・腎臓の病気
糖尿病・マイクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫

ほかに何か持病や手術を受けたことがありますか？

なし あり（）

その他、気になることがあれば教えてください。

なし あり（）

記入日： 年 月 日

患者氏名：

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

代筆の場合 患者状態に○をつけて下さい [未成年・意識障害時・その他]

代筆者氏名： (患者との続柄)

住所：

医師氏名：