**CT/MRI造影剤使用問診票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問診表記入日：　　　　年　　　月　　　日

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人署名

生年月日：　　　　　　　　　　性別：男・女　　　　代理人　　　　　　　　　　（続柄）

＜造影剤を用いた検査を受けられる方へ＞

次のあてはまるものに　☑　や　文字　を記入してください

1. 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか　　　　　　　□　あり　　□　なし

“あり”の方は、どの造影検査を受けられましたか　　　　　　〔 ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ 血管造影 〕

1. そのとき副作用はありましたか　　　　　　　　　　　　　 　　　　□　あり　　□　なし

副作用の症状　〔　吐き気 ・ 蕁麻疹 ・ 息苦しさ ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　）〕

1. 喘息といわれたことはありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　□　あり　　□　なし

“あり”の方は、現在喘息の治療を受けていますか　　　　 　　 □　治療中　□　治療していない

最終の喘息発作はいつですか　　　　　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

1. アレルギー性体質・病気がありますか　　　　　　　　　　　　　　　□　あり　　　□　なし

内容　〔　薬や食物アレルギー ・ アトピー体質 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他 〕

（その他の内容）

1. 今までに、次の病気にかかられたことがありますか

〔 腎臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 褐色細胞腫 ・ 糖尿病 ・　心臓病 ・ 肝臓病 〕

1. 現在糖尿病のお薬を飲んでおられますか　　　　　　　　　　　　　　□　あり　　　□　なし

（内服中の糖尿病薬）

1. 体重 ( ) Kg ( 聞き取り・実測 )
2. ＜女性の方へ＞現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか　□　あり　　　□　なし
3. ＜女性の方へ＞授乳中ですか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　はい　　　□　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問診者

※⑥の指導内容　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

医師記入欄

※腎機能　eGFR 35未満　では原則禁忌とされています（ガドリニウム製剤は透析症例不可）

　BUN( 　 ) Cre( 　 ) eGFR( 　 )

・　造影剤の使用について　　　　□　可　　　□　不可

・　造影剤使用時の指示事項　　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

　医師署名