

# 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 ]
- ② 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 ( ) ]
- ③ 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 [ ]
- ④ 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) \_\_\_\_\_
- ⑤ 今までに、次の病気にかか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 ]
- ⑥ 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) \_\_\_\_\_
- ⑦ 体重 ( ) Kg (聞き取り・実測)
- ⑧ <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
- ⑨ <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 \_\_\_\_\_