

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 <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
- ⑧ <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 _____