

CT造影検査問診表 ()年()月()日記入

氏名()様 生年月日(年 月 日)生 年齢()歳 性別(男性・女性)

ヨード造影剤を安全に使用するために以下の項目にお答えください。

1. 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？

なし

あり→ CT検査 MRI検査 血管造影 腎尿路検査 胆嚢検査

↓ その他()

ありの方にお尋ねします。その時に副作用はありましたか？

発疹 吐き気 かゆみ その他()

2. アレルギー性の病気・アレルギー体質などがありますか？

なし

あり→ 喘息 蕁麻疹 アトピー・アレルギー性鼻炎 その他()

薬・注射の副作用 食べ物によるアレルギー ()

3. 血縁関係の方でアレルギー性の病気やアレルギー体質の方はおられますか？

なし

あり

4. 糖尿病のお薬でビグアナイド系(当院ではメトホルミン塩酸塩錠)を服用されていますか？

なし

あり→ 休薬が必要です。(検査当日前後5日。計5日間)