造影 CT 検査に関する問診票

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？
   □なし　　□あり：CT、尿路検査、胆のう検査、血管造影、MRI、
   その他（　　）
2. 「あり」の方へ
   - それはいつ、どこでされましたか？
     （いつ：　　）（どこで：　　）
   - その時に副作用はありましたか？
     □なし　　□あり：じんましん、吐き気、嘔吐
     その他（　　）

3. 今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？
   □なし　　□あり：(具体的に　　)

4. アレルギー体質、アレルギー疾患がありますか？
   □なし　　□あり：じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
   その他（　　）

5. 今までに喘息と言われたことはありますか？
   □なし　　□あり：現在服薬（　なし　・　あり　）

6. 今までに腎臓の働きが悪い（腎不全など）と言われたことはありますか？
   □なし　　□あり

7. 糖尿病のお薬を飲んでいますか？
   □なし　　□あり：薬の名前（　　）

8. ペースメーカーあるいは植え込み型除細動器（ICD）を使用していますか？
   □なし　　□あり：メーカーおよび機種（　　）

9. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？（女性のみ）
   □なし　□あり　□わからない

記入日　西暦　　年　　月　　日

記入者 _____