

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影剤使用のための問診票

記載日： 年 月 日

様 (性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。
(○で囲んでください。)

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [CT造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他]

有の場合副作用がありましたか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ その他]

副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後

2. アレルギー体質と言われたことがありますか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ ぜん息 ・ 花粉症 ・ アトピー
薬剤 () ・ 食べ物 ()
その他 ()]

3. 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [心臓の病気 (心不全・狭心症等) ・ 肝臓の病気 (肝硬変等) ・
糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 腎臓の病気 ・ 褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫
その他 ()]

4. 今までに注射や薬で気分が悪くなったり、じん麻疹等が出たりしたことがありますか？
無 ・ 有 [薬品名 ()]

5. 現在薬を服用していますか？
無 ・ 有 [血圧の薬 () ・ 抗癌剤 ()
糖尿の薬 () ・ その他 ()]

CT検査の方へ ※ビグアイド系糖尿病薬は検査前2日間、当日、検査後2日間は
服用しないでください。

6. 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有 ※有の方は原則、当院では検査できません

7. 現在の体重は何Kgですか？ [Kg]

8. その他、お気付きの点やご不明な点がありましたら、ご記入ください。