

# 造影検査問診票

当てはまるものだけに✓を入れて下さい。

(例)  嫌いな食べ物がある。

患者様に該当する項目のみ✓を入れていただきます。

1. (ガドリウム・ヨード) 造影剤に対し過敏症の既往歴がある。

2. これまでに造影剤を使用した検査を受けたことがある。

3. その検査中や検査後に、何かしらの異常が出たことがある。

※異常が出たことがある方に質問です。該当する症状に○をつけて下さい。

吐気 ・ 嘔吐 ・ 蕁麻疹 ・ 発疹血圧低下 ・ 呼吸困難 ・ 意識消失

その他 ( )

4. 甲状腺の病気と言われたことがある。(バセドー病など)

5. 腎臓が悪いと言われたことがある。(無尿症、腎不全など)

6. 肝臓が悪いと言われたことがある。

7. 気管支喘息と言われたことがある。

8. 心臓が悪いと言われたことがある。

9. マクログロブリン血症と言われた事がある。

10. 多発性骨髄腫と言われた事がある。

11. テタニーと言われた事がある。

12. 褐色性細胞腫と言われた事がある。

13. 高血圧と言われた事がある。

14. 糖尿病と言われた事がある。

15. アレルギー体質・アレルギー性の病気がある。

16. 家族に気管支喘息、蕁麻疹、薬物アレルギーをおこしたことがある人がいる。

17. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がある。

18. 現在、授乳している。

各数値を記入、又は採血結果を添付し腎機能に問題がなければ✓を入れてください。  
※こちらの項目は紹介元医療機関様の記入欄になります。

## 19. 腎機能

BUN ( ) mg/dl

正常値：8.0～23.0mg/dl

CRE ( ) mg/dl

正常値：M 0.61～1.08mg/dl

F 0.45～0.82mg/dl

造影剤の使用が可能であれば主治医のサインをお願い致します。

1・4・17に該当する患者様は、造影CT検査が出来ませんのでご了承下さい

1・5・17に該当する患者様は、造影MRI検査が出来ませんのでご了承下さい。

3・6～12に該当する患者様は、原則としてお受けできませんのでご了承下さい。

主治医

印