

# コード造影検査問診票

(CT・DIP・IVP・DIC・Angio etc)

ID :
氏名 :
生年月日 :

\* 原則、検査前4時間絶食です

\* ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい

(代) 0946-22-5511 (内線) 692

体重	kg	Cr	mg/dL
		eGFR	mL/min/1.73m <sup>2</sup>

\* 「はい」の場合は、出来るだけ詳細にお書き下さい  
(余白に書いて頂いて構いません)

1、過去に造影検査で気分が悪くなった事がありますか ( はい ・ いいえ )  
(痒み、蕁麻疹、くしゃみ、鼻詰まり、咳、生あくび、冷汗、顔面蒼白、動悸、頭痛、眩暈など)

2、甲状腺の病気と言われた事がありますか ( はい ・ いいえ )  
(甲状腺機能亢進症・バセドウ病など) ↳ 治療 ( 未 ・ 中 )

3、気管支喘息と言われた事がありますか ( はい ・ いいえ )  
(親、兄弟を含む) ↳ 治療 ( 未 ・ 中 )

4、その他のアレルギー性の病気がありますか ( はい ・ いいえ )  
(蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、甲殻類アレルギー、花粉症、アトピーなど)

5、多発性骨髄腫、褐色細胞腫などの治療歴がありますか ( はい ・ いいえ )

6、βブロッカー(心臓のお薬)を飲んでいますか ( はい ・ いいえ )

7、ピグアナイド系薬(糖尿病のお薬)を飲んでいますか ( はい ・ いいえ )

\* 検査日を含め前後5日間の休薬が必要です  
\* 緊急検査で検査前からの休薬が困難な場合は連絡して下さい

休薬期間 ( / ~ / )

8、肝臓、腎臓の病気がありますか ( はい ・ いいえ )

9、女性の方のみお答え下さい ・ 妊娠の可能性はありますか ( はい ・ いいえ )  
・ 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

※ [  患者本人  患者代理人  カルテ ] により問診を行いました

問診担当者 ( )

確認医師署名

Ⓜのみでも可