

造影検査問診票

造影剤を用いた検査を予定しています。造影剤による副作用としてかゆみ、じんましん、嘔吐や、ショックなどの重篤なものも例外ではありません。

そこで副作用を未然にふせぎ、検査を安全に行うためにも、以下の設問にお答え下さい。

患者記入欄

氏名 _____ 男 ・ 女
生年月日 $\begin{matrix} M & T \\ S & H \end{matrix}$ _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳

- 今までに造影剤を使った検査をしたことがありますか。 _____ ある ・ なし
- ・ ある場合、何の検査ですか。 _____
 - ・ その時、何らかの異常がでましたか。 _____ でた ・ でない
 - ・ どの様な症状でしたか。 _____

- 心臓、肝臓、腎臓、甲状腺、気管支等に病気をしたことがありますか。 _____ ある ・ なし
- ・ ある場合、何の病気ですか。 _____

- 本人、又は親か兄弟にじんましん等のアレルギーはありますか。 _____ ある ・ なし
- ・ ある場合、どの様な症状ですか。 _____

- 過去に薬で湿疹、じんましん等のアレルギーがでたことはありますか。 _____ ある ・ なし

- 現在、妊娠あるいはその可能性はありますか。 _____ ある ・ なし

- その他、特に気になる事があれば書いて下さい。

医師記入欄

3ヶ月内の血清クレアチニン値 _____ mg/dl

※造影剤の使用を

- 認めます _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 認めません _____ 医師名 _____