

# 造影 CT 検査問診票

患者名 \_\_\_\_\_ 様

安全に造影検査を受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

- これまでに CT 造影検査や血管造影検査、DIP 検査等のヨード造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか。 ( あり ・ なし )
- あると答えられた方。その時、副作用はありましたか。 ( あり ・ なし )
- 副作用があった方は、内容を詳しくお書きください。

- 
- アレルギー体質ですか。 ( あり ・ なし )
  - あると答えられた方。何のアレルギーですか。  
アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
薬 (薬品名 : \_\_\_\_\_ )  
食品 (食品名 : \_\_\_\_\_ )
  - 甲状腺疾患 ( あり ・ なし )
  - 心臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 腎臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 肝臓病 ( あり ・ なし ) 疾患名 ( \_\_\_\_\_ )
  - 気管支喘息 ( あり ・ なし )
  - けいれん・ひきつけ ( あり ・ なし )
  - 糖尿病 ( あり ・ なし )

あると答えられた方でお薬を飲んでおられる方は、お薬の名前を記入してください。

[メトグルコ・メデット・グリコラン・メタクト・メルビン・その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]

※ヨード剤検査の場合、糖尿病用剤を使用している方は、服用を一時的に中止して頂く場合があります (造影剤使用の2日前から中止、使用後48時間以降再開)

※緊急に検査を行う必要がある場合を除きます → 詳しくは後ほど説明いたします

- その他の疾患があれば、ご記入下さい。

---

(西暦) 年 月 日 記入者名 \_\_\_\_\_ 様