

造影超音波検査問診票

患者名 _____ 様

安全に造影超音波検査を行なっていただくために、以下の質問にお答えください。

今までに造影超音波検査を受けたことはありますか？ (あり・なし)

・『あり』の方→その時、じんましん、気分不良などの副作用がありましたか？

(あり・なし)

そのほか、副作用があった方は、内容を詳しくお書き下さい

今までにガラクトース血症といわれたことがありますか？ (あり・なし)

鶏卵または卵製品に対して、じんましん、気分不良などのアレルギー反応を起こしたことはありますか？ (あり・なし)

『心臓病』と診断されたことはありますか？ (あり・なし)

・『あり』の方→いつごろ (年頃)、どんな病気 ()

『肺の病気』(喘息、肺気腫など)と診断されたことはありますか？ (あり・なし)

・『あり』の方→いつごろ (年頃)、どんな病気 ()

本日、腹腔鏡検査や、バリウムを飲んで行う消化管検査を受けますか？ (あり・なし)

女性の方へ、現在、授乳中、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ (あり・なし)

あなたの体重は何 kg ですか？ (kg)

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 _____

ご本人または代理人