

造影剤検査問診票

検査と治療を安全に受けていただくための問診票ですので、下記の質問に正確にお答えください

(1) 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？ （CT・MRI・血管造影・腎尿路造影・胆道造影・脊髄造影など）	はい	いいえ
(2) 造影剤（注射）を用いた検査の際に、具合が悪くなりましたか？ （じんましん・かゆみ・気分不快・吐き気・くしゃみ・ショック・その他）	はい	いいえ
(3) 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？	はい	いいえ
(4) アレルギー性の病気や体質はありますか？ （薬の副作用・食物・じんましん・花粉症・金属・アルコール・その他）	はい	いいえ
(5) 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことがありますか？	はい	いいえ
(6) 糖尿病の薬（ピグアナイド）を服用していますか？ （メトホルミン・メトグルコ・エクメット・メタクト・イニシンクなど）	はい	いいえ
(7) 心臓の薬（ベータ遮断薬）を服用していますか？ （アーチスト・メインテート・インデラル・テノーミンなど）	はい	いいえ
(8) 甲状腺機能亢進症、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫 いずれかの疾患で治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ
(9) 女性の方にお聞きします。妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ

私は、造影剤の必要性、造影剤により生じる可能性のある合併症、および私が造影剤投与の禁忌にあたらないこと等の説明を受け理解しましたので造影剤使用検査に同意します。

患者 署名 _____

代理人 署名 _____

血清クレアチニン値： _____ mg/dl eGFR： _____ 検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医師確認欄】（前回 _____ 年 _____ 月 _____ 日 問診票内容を再確認）

造影剤使用にあたって一般的な注意を行う

医師監視下で使用する

テストを行って判断

造影剤使用検査は実施しない

薬品 _____ は投与禁止（直ちに電子カルテに登録のこと）

説明医師 署名 _____