

ヨード造影剤問診票

検査予定日:

ID:

氏名:

様

- ◎ これまでに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 はい いいえ
- ◎ 上記の検査中や検査後に副作用の症状が出ましたか。 はい いいえ
・副作用があった方は、どのような症状が出ましたか。
吐き気・嘔吐 かゆみ・湿疹 動悸 腹痛 血圧低下 呼吸困難 意識消失
その他 : (_____)
- ◎ 気管支喘息と診断されたことがありますか。 はい いいえ
・「はい」の場合、現在治療中ですか。 はい いいえ わからない
- ◎ 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことはありますか。 はい いいえ
(病名: _____)
- 甲状腺の病気と診断されたことがありますか。 はい いいえ
(病名: _____)
- 糖尿病の治療薬をお飲みですか。 はい いいえ
メトホルミン メトグルコ その他 : (_____)
※ ビグアナイド系糖尿病薬は検査の48時間前から休薬が必要です。
- 心臓病と診断されたことがありますか。 はい いいえ
(病名: _____)
- 薬や食べ物などのアレルギーはありますか。 はい いいえ
・「はい」の場合、具体的に教えてください。 (_____)
- アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などがありますか。 はい いいえ
- 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。 はい いいえ
- 体重の記入をお願いします。 (_____) kg

20 年 月 日

本人署名 _____

代理人署名 _____

続柄(_____)

検査を受ける本人が未成年もしくは署名困難な場合には代理人氏名と続柄の記入をお願いします。

患者様へ造影検査の必要性と副作用・リスクを説明し、問診や採血結果よりヨード造影検査可能であると確認しました。

確認医師 _____