

ID :

氏名 :

生年月日 :

検査日時 :

CT造影問診票

当院では患者様に安心して検査を受けていただけるよう努めています。つきましては普段の様子などをお聞かせください。当てはまるものにレ印、他は記入をしてください。
なお、この情報は検査目的以外には使用しません。

1. 今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

- はい : CT検査 MRI検査 血管造影 胆嚢検査 腎臓検査 いいえ
 わからない

はいと答えた方は、造影剤の副作用と思われる症状はありましたか？

- はい : 発疹 吐き気 嘔吐 その他 () いいえ

2. 現在、ぜんそくはありますか？ また、過去にぜんそくといわれたことがありますか？

- はい いいえ

3. 今まで腎臓の働きが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？

- はい いいえ

*腎機能チェック eGFR ml/min/1.73m² または sCr mg/dl

4. 糖尿病のお薬を服用していますか？

- はい (お薬名 :) いいえ

*お薬名がわからない場合、お手数ですがお薬名のわかるもの（お薬手帳など）をCT検査時にお持ちください。

5. アレルギーはありますか？

- はい 薬剤 ()
 食物 ()
 その他 ()

どのような症状でしたか？ : ()

- いいえ

以下は女性の方のみお答えください。

6. 現在妊娠中、またはその可能性がありますか？

- はい いいえ わからない

7. 現在授乳中ですか？

- はい いいえ