

患者番号
カナ
氏名
性別 年齢
生年月日

造影検査事前問診票

検査日 年 月 日

CT ・ MRI

検査を安全に行うために必要な問診です。下記の質問に、お答えください。

| | |
|--|----------|
| 1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。 CT MRI 胆道造影 尿路造影 その他() | はい ・ いいえ |
| →「はい」の場合、そのとき(帰宅後も含めて)副作用がありましたか。 症状・・・吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下 その他() どのような状態であったか詳細をお知らせください。 () | はい ・ いいえ |
| 2. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫 のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。あれば具体的にお書き ください。(具体的に:) | はい ・ いいえ |
| 3. 患者さんご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。 気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー・() | はい ・ いいえ |
| →「はい」の場合、現在の状態と治療の詳細をお知らせください。 () | |
| 4. 患者さん以外のご親族、ご家族等の血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか。 続柄と内容() | はい ・ いいえ |
| 5. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありますか。 内容() | はい ・ いいえ |
| 6. 心臓・腎臓・肝臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありますか。 内容() | はい ・ いいえ |
| 7. 経口糖尿病薬を服用していますか。 内容() | はい ・ いいえ |
| 8. 心臓の薬を服用していますか。 内容() | はい ・ いいえ |
| 9. 閉所恐怖症、入れ墨(タトゥー)がありますか。(入れ墨の部位:) | はい ・ いいえ |
| 10. 妊娠または授乳をしていますか。 | はい ・ いいえ |

身長 _____ cm 体重 _____ kg

患者さん署名

腎機能

尿素窒素(BUN) () mg/dℓ

(基準値6~20)

クレアチニン () mg/dℓ

(基準値0.6~1.3)

eGFR () ml/m/1.7m²

※採取日 年 月 日

※当枠内は北村山公立病院記載欄

使用造影剤

異常なし・異常あり

造影検査は、可・不可

指示医

記入者