造影剤

中間市立病院　造影剤 問診票

カルテ ID　当院記入

生年月日

氏　　名

依頼医師判定		
造影剤の使用	可	不可
依頼医師署名		

紹介元医療機関名

造影検査を受けられる患者さまの状態を把握し、検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

お　尋　ね　す　る　こ　と	該当する項目を〇で囲んでください。	
1．現在、糖尿病の薬を飲んでおられますか？ 「はい」と答えられた方は、お薬の名前が分かれば下の〔　〕にご記入ください。 〔　　〕 糖尿病薬の種類によっては、検査前および検査後 48 時間は内服を控えていただく場合がございます。（ＭＲＩ検査は除く）	はい	いいえ
2．かぶれや湿疹ができやすいですか？	はい	いいえ
3．医師から、喘息と言われたことがありますか？	はい	いいえ
4．医師から、花粉症だと言われたことがありますか？	はい	いいえ
5．医師から、アトピーだと言われたことがありますか？	はい	いいえ
6．医師から、甲状腺疾患だと言われたことがありますか？	はい	いいえ
7．薬で湿疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
8．食べ物（さば・卵・そば・果物など）で体がかゆくなったり、調子が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
9．これまでに、造影剤を使った検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
※ ９の問いで「はい」と答えられた方のみお答えください。 （1）そのとき、湿疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
（2）その検査は、いつ頃受けられましたか？	年　　月ごろ	