造影剤検査問診表

記載日

お名前　　性別

生年月日　　（　　）歳

検査中に、造影剤という検査薬を使用します。
造影剤は極めて安全性の高いものですが、極まれに重篤な症状が出る可能性があります。
検査をより安全に行うため、お手数ですが以下の質問にお答えください。
（ご本人が答えられない場合には、代理の方がお答え下さい。）
解答に「はい」とついた場合、必ず看護師や医師に確認をお願いいたします。

1. 身長と体重を記入下さい。　身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ

2. 以前に造影剤を使った検査をしたことがありますか？　ある ・ ない ・ わからない

ある場合、何の検査でしたか？　ＣＴ ・ ＭＲＩ ・ 血管造影 ・ その他（　　）

造影剤の副作用はありましたか？　はい ・ いいえ ・ わからない

はい →　かゆみ・じんましん・せき・くしゃみ・吐き気・嘔吐・発熱

その他　（　　）

3. 心疾患の既往・治療歴はありますか？　はい ・ いいえ

（不整脈、心不全・虚血性心疾患・高血圧・ペースメーカー/ICD（除細動器）の使用など）

はい → どの様な診断・治療ですか？（　　）

現在上記治療でお薬は使われていますか？　はい ・ いいえ

※ICDがある場合、誤作動を起こす危険性があるため、その周囲の撮影ができませんのでご了承ください。

4. 甲状腺のご病気を指摘されたことはありますか？　はい ・ いいえ

5. 腎臓病もしくは腎臓の機能が低いといわれたことはありますか？　はい ・ いいえ

※CRE1.2以上の場合、なるべく撮影を控えさせていただきます。

6. ぜんそくの既往はありますか？　はい ・ いいえ

7. アレルギーはありますか？　はい ・ いいえ

はい →　食べ物　（　　）　・ 薬剤　（　　）

花粉症・その他　（　　）

8. 以下に記載した糖尿病のお薬は飲んでいますか？
飲まれている場合その薬品名に〇をつけ、飲まれていない場合はいいえに〇をつけて下さい。

（メタクト・メトグルコ・グリコラン・メトホルミン・ジベトス・ジベトン、イニシンク配合錠、
エクメット配合錠、メトアナ配合錠、ブホルミン塩酸錠）

いいえ

※上記薬剤（ビグアナイド系糖尿病薬）使用の場合、撮影日より前後2日間の休薬を要しますので、
主治医の指示を仰いでください。

◆女性の方に質問です

9. 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

10. 現在授乳中ですか？　はい ・ いいえ

※造影検査後48時間授乳を控えていただければ問題はございません。

※上記内容を確認・ご理解いただけましたら、
サインをお願いいたします。

ご本人様 （もしくはご家族様） サイン	

確認スタッフ：　　Ｄｒの許可：　あり　・　なし

※問診したスタッフは必ず内容をチェックし、状況によりDr確認・許可をいただいて「あり」に〇を付けて下さい。

三省会 堀江病院 放射線科
TEL: 0276-38-1215（代表）