

造影検査問診票

ID: _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査名 造影CT 腎尿路造影 胆嚢造影 その他 (_____)

患者氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

I. 今まで造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり CT検査 腎臓検査 胆嚢検査 血管造影
 MRI検査 その他 (_____)

その時、副作用はありましたか？

なし あり 発疹 吐き気 その他 (_____)

II. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

なし あり 蕁麻疹 気管支喘息 アトピー性皮膚炎
 飲み薬や注射の副作用 アレルギー性鼻炎
 その他 (_____)

III. 下記の病気にかかったことがありますか？

糖尿病

糖尿病の薬を服用していますか？ はい いいえ

※ビグアイド系糖尿病薬は検査の前後2日（検査日を含めて5日間）は服薬中止となります。

腎機能障害 心臓病 肝臓病 甲状腺疾患 褐色細胞腫

eGFR値 _____ ml/min/1.73m (30ml/min/1.73m²未満は実施できません)

IV. 該当の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか？ はい いいえ

最終月経はいつですか？ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで

患者・代理人署名

今回の検査に使用する造影剤は イオパミロン300
 イオメロン350
 (_____)

検査 可 否 担当医師 _____
(医師の立ち合い) 要 不要

検査前 血圧	検査後 血圧		
-----------	-----------	--	--