

造影検査問診票(院外用)

2019年8月 改訂

紹介元医療機関名 _____ 主治医名 _____

患者氏名 _____ 様 性別 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

検査名 CT MRI 胆道造影 尿路造影

その他 (_____)

検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

1. いままで造影剤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 ・ MRI 検査 ・ その他(_____)

そのとき、副作用はありましたか。

なし

あり 発疹 ・ 吐き気 ・ 気分不良 ・ 息苦しさ ・ その他(_____)

2. アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか。

なし

あり ぜんそく ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ 金属アレルギー
食品アレルギー(卵 ・ そば ・ 小麦 ・ えび ・ かに ・ その他 _____)
飲み薬 ・ 注射での副作用(薬品名 _____)
その他 (_____)

3. 次の病気はありますか。

心臓の病気 (狭心症、不整脈など)

腎臓の病気

糖尿病 内服薬* :

*** ビグアナイド系糖尿病薬は造影 CT 検査の場合、2日前から検査後2日まで中止をお願いします**

甲状腺の病気

その他 (_____)

4. 直近 (_____ 月 _____ 日) の BUN 値 (_____ mg/l) CRE 値 (_____ mg/l)

この用紙を2部コピー後、原本を貴院カルテに保存してください。

コピーの1部を患者様に渡し、もう1部は紹介状と同意書とともに当院に提出してください。