

## 造影 CT 検査/造影 MRI 検査 【造影検査問診票】

以下の質問について、当てはまる項目を○で囲むか、具体的に記入してください。

1	今までに受けたことのある検査に○を付けてください。	CT ・ MRI ・ 血管造影 ・ 尿路造影 その他( )		
2	これまでに造影剤を注射して検査をうけたことがありますか？	いいえ	はい	不明
3	2の質問で「はい」の場合、いつごろ検査しましたか？	年            月            日		
4	2の質問で「はい」の場合、副作用はありましたか？ (帰宅後も含めて)	はい	いいえ	不明
5	4の質問で「はい」の場合、症状に○をつけてください。	吐き気 ・ おう吐 ・ 発疹 ・ くしゃみ 血圧低下 ・ その他( )		
6	あなたは喘息といわれたことがありますか？	はい	いいえ	不明
7	あなたはアレルギー性の病気や体質を持っていますか？	はい	いいえ	不明
8	7の質問で「はい」の場合、当てはまる項目に○をつけてください。	じんましん ・ アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 飲み薬や注射薬(品名: ) その他( )		
9	以下の病気で治療を受けたことがありますか？ 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)・骨髄腫・テタニー・ マクログロブリン血症・褐色細胞腫	はい	いいえ	不明
10	じん臓の病気または機能が悪いと言われたことがありますか？	はい	いいえ	不明
11	10の質問で「はい」の場合、その内容をご記入ください。	( )		
12	閉所恐怖症、または狭い場所が苦手ですか？	はい	いいえ	不明
13	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ * 女性の方のみお答えください。	はい	いいえ	不明
14	体に手術などで以下の項目にあてはまるものがある場合○をつけてください。 クリップ ・ 神経刺激装置 ・ 人工内耳 ・ 口腔内磁気式インプラント ・ ペースメーカー ・ 埋め込み式除細動器 ・ 骨折固定プレート ・ 人工関節 ・ 刺青やアートメイク ・ その他( )			
15	造影剤を使用する量を決めるために、あなたの身長・体重を教えてください。	身長( )cm 体重( )kg		