造影CT検査　問診票

安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください

1. 今まで、造影剤を用いた検査をうけたことがありますか？　☐ いいえ　☐ はい

「はい」と答えた方は、その時副作用がありましたか？　☐ いいえ　☐ はい

それはどのような副作用でしたか？　☐ 発疹　☐ かゆみ　☐ 嘔吐　☐ 頭痛

その他（　　）

2. 今まで、喘息と言われたことはありますか？　☐ いいえ　☐ はい

3. 糖尿病の薬を飲んでいますか？　☐ いいえ　☐ はい　薬品名（　　）

㊟　メトホルミンなどのビグアナイド系糖尿病薬やその配合錠などを服用中の患者様は、必ずご申告をお願いします。また何か服用中の薬に関して、少しでも気になることがあれば、いつでもスタッフにご確認くださいますようにお願いします。

4. 甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）で、治療を受けたことがありますか？　☐ いいえ　☐ はい

5. アレルギーの病気はありますか？　☐ いいえ　☐ はい　（　　）

6. 食品や薬品などでアレルギーはありますか？　☐ いいえ　☐ はい　（　　）

7. 腎臓の働きが悪いと言われた事がありますか？　☐ いいえ　☐ はい

8. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？　☐ いいえ　☐ はい

9. 以下の病症と言われたことがありますか？　☐ いいえ　☐ はい

☐ 褐色細胞腫　☐ 多発性骨髄腫　☐ マクログロブリン血症　☐ テタニー症　☐ 重症筋無力症

記入日：　　年　　月　　日　本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人互恵会　池田回生病院