倉敷第一病院　CT/MRI 造影検査問診票

造影剤を使用した画像検査のための重要な問診です。
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）現在の体重を記入してください。　　kg

2）今まで造影剤を使用したことはありますか？　□はい　□いいえ

「はい」の方で、副作用が出た事がある場合は内容をご記載ください。

3）以下の項目についてお答えください。

① 気管支喘息	□はい	□いいえ
② 甲状腺の病気（バセドウ病など）	□はい	□いいえ
③ 腎臓の病気（腎不全など）	□はい	□いいえ
④ 心臓の病気（心不全など）	□はい	□いいえ
⑤ ご家族の方を含め、薬物過敏症・アレルギー体質がある	□はい	□いいえ
⑥ βブロッカーを服用中	□はい	□いいえ

4）造影CTの方のみお答えください。

① 以下の病気や症状はありますか？

マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・褐色細胞腫・テタニー　□はい　□いいえ

② 糖尿病の薬を服用していますか？

薬剤名（　　）　□はい　□いいえ

※ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は一定期間休薬が必要です。

5）女性のみお答えください。

① 現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？　□はい　□いいえ

② 現在授乳中ですか？　□はい　□いいえ

※造影剤の使用後24時間は授乳ができません。
事前に搾乳していただくか、ミルクでの対応が必要となります。□

ご記載日

年　　月　　日　　本人氏名

保護者　または　代理人氏名　　続柄

※ご本人様が未成年の場合、もしくは代筆された場合はこちらにも署名をお願いします

ここから下は医療機関の方がご記載ください。

3ヶ月以内の腎機能をご記載ください。

検査日　　年　　月　　日　　血清クレアチニン値　　mg/dl

※当院でも腎機能検査を受けられますが、結果まで1時間ほどかかります。

お手数をおかけ致しますが、上記をご記載頂きますようお願い致します。

医療法人　誠和会　倉敷第一病院　地域医療センター
TEL　086－424－1000（代表）
FAX　086－424－1682（直通）