



【問診票】 造影CT・MRI 検査

検査日： 年 月 日
記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 様 (_____) 体重 _____ kg 身長 _____ cm

※造影剤の使用量を決めますので必ず記入してください

1. 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 (なし ・ あり)
 【あり】と答えた方にお聞きします。 その時に何か変わったことはありましたか。 . (なし ・ あり)

・ 何の検査で起こりましたか。
CT 血管造影 MRI 胆のう造影 排泄性尿路造影
その他 (_____)

・ どのような症状でしたか。
くしゃみ せき あくび 息苦しさ じんましん
発赤 吐き気 おう吐 血圧低下 意識消失
その他 (_____)

2. 喘息、アレルギー性の病気、アレルギー体質はありますか。 (なし ・ あり)
- 喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんましん
食べ物 (_____) 飲み物 (_____) その他 (_____)

3. 糖尿病はありますか。 (なし ・ あり)
 【あり】と答えた方にお聞きします。 糖尿病の薬を飲んでいますか。 (なし ・ あり)
 薬の名前を教えてください。 わかる範囲で結構です。 (_____)

4. 腎臓病はありますか。 (なし ・ あり)
 5. 透析をしていますか。 (なし ・ あり)
 6. 甲状腺の病気はありますか。 (なし ・ あり)
 7. 心臓血管手術歴はありますか。 (なし ・ あり)
冠動脈ステント術 冠動脈バイパス術 ペースメーカー その他 (_____)

※女性のみお答えください。

8. 現在、妊娠またはその可能性がありますか。 (はい ・ いいえ ・ わからない)
 9. 現在、授乳中ですか。 (はい ・ いいえ)

※内容について不明な点がございましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。

佐久総合病院 CT・MRI 検査室

スタッフ記入欄 (検査値は3ヶ月以内)

サイン

問診票確認看護師	血圧：	心拍数：	Cr 値：	eGFR 値：	
放射線科看護師	血圧：	心拍数：	Cr 値：	eGFR 値：	