



# 【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 )

薬の名前を記入して下さい。(薬名： \_\_\_\_\_ )

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 採血日： \_\_\_\_\_ )

問診票確認看護師	血圧： _____	心拍数： _____	Cr 値： _____	eGFR 値： _____	サイン _____
----------	-----------	------------	-------------	---------------	-----------

〈造影剤アレルギー・喘息のある方のみ記入〉

- 医師確認   ・ステロイド剤使用： あり・なし
- 使用ステロイド剤： プレドニン・デキサート   その他 \_\_\_\_\_
- 検査当日ステロイド使用確認者   サイン \_\_\_\_\_