**【問診票】造影ＣＴ･ＭＲＩ検査**

書類

種別 別

検査日：　　　　年　　　　月　　　　日

 記入日：　　　　年　　　　月　　　　日

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

※造影剤の使用量を決めますので必ず記入してください

( なし　・　あり )

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.**・・

・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　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

( なし　・　あり )

1. **喘息、アレルギー性の病気、アレルギー体質はありますか.** ・・・・・・・・・・・・

□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　(　　　 　)

( なし　・　あり )

**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.**・・・・・・・・

薬の名前を記入して下さい。(薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　)

( なし　・　あり )

**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.**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

□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.**

( はい　・　いいえ　・　わからない )

**8.　現在、妊娠またはその可能性がありますか.**　・・・・・・・・・・

( はい　・　いいえ )

**9.　現在、授乳中ですか.**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

※内容について不明な点がありましたら、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

平成30年11月1日改訂