

CT/MRI造影剤問診票

様

生年 平成 年 月 日 生
月日 昭和 大正

造影剤を用いた検査を安全に受けていただくため、
以下の項目にお答えください。

1) 以前に造影剤を使った検査をしたことがありますか？ 有 ・ 無

造影剤使用時に何か症状が出ましたか？ 有 ・ 無
吐き気・息苦しさ・発疹・かゆみ・くしゃみ・せき
その他()

2) アレルギーがありますか？ 有 ・ 無

アトピー ・ 花粉症
食物(具体的に)
お薬(具体的に)

3) 喘息と言われたことがありますか？ 有(才頃) ・ 無

4) 現在までに次の病気にかかったことがありますか？

甲状腺疾患・心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病
その他()

5) 妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

判定	検査	可 ・ 注意 ・ 不可
BUN	mg/dl	・ Cr mg/dl (必ず採血結果も添付してください)

説明医療機関名

説明医師名

検査時の状況 : 特に変化なし ・ 要観察

平成24年11月1日 作成佐々総合病院