

造影剤問診票

I D

様
生

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。 有 ・ 無
(CT・MRI・血管造影・胆嚢検査・尿路造影など)

その時、何か症状(副作用)がありましたか。 有 ・ 無
症状: 吐き気・息苦しさ・発疹・かゆみ・くしゃみ・せき
その他()

2. アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。 有 ・ 無

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他()
食物アレルギー()
薬剤アレルギー()

3. 喘息と言われたことがありますか。 有 ・ 無

小児喘息()歳頃 最終発作()歳頃

4. 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか。 有 ・ 無

5. 糖尿病と言われたことがありますか。 有 ・ 無

*ビグアナイド系糖尿病用薬は検査前・後48時間服用を中止すること(CT造影のみ)

メトホルミン塩酸塩: メトグルコ・グリコラン・メデット・メルビン・ネルビス
ブルホルミン塩酸塩: ジベトス・ジベトンS

6. 現在までに次の病気にかかれたことがありますか。 有 ・ 無

甲状腺疾患・心臓病・高血圧・肝臓病・てんかん・痙攣
多発性骨髄腫・褐色細胞腫・マクログロブリン血症・テタニー

7. 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

8. 授乳中ですか。 はい ・ いいえ

*検査終了後、CTは48時間、MRIでは24時間授乳を避ける。

血清クレアチニン値 mg/dl 検査可能 ・ 慎重投与
eGFR mm/min

確認日 年 月 日 医師署名