

ヨード造影剤使用に関する問診票

この用紙は必要事項記入後、検査当日必ずお持ち下さい。

◎検査を安全に実施するために該当する項目□にレ印を入れて下さい。

1. 「ヨード造影剤についての説明同意書」にて説明を受けましたか？

☐ はい ☐ いいえ

2. 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？

☐ なし

☐ あり： ☐ CT ☐ MRI ☐ 血管造影 ☐ 腎盂造影 ☐ 胆道造影 ☐ 心臓カテーテル

☐ その他()

3. 2.で検査を受けた時、副作用はありましたか？

☐ なし

☐ あり： ☐ かゆみ ☐ 吐き気 ☐ くしゃみ ☐ 嘔吐 ☐ じんま疹 ☐ 頭痛 ☐ のどの違和感

☐ 呼吸困難 ☐ その他()

4. 下記の病気と医師に言われたことがありますか？

☐ 気管支喘息 ☐ 腎臓病（腎機能が悪い） ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心臓病 ☐ 多発性骨髄腫

☐ 高血圧 ☐ その他()

5. 下記のアレルギー性の病気がありますか？

☐ お薬のアレルギー ☐ 食物アレルギー ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎

☐ 花粉症 ☐ じんま疹 ☐ その他()

6. 現在、糖尿病にて内服治療中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

7. 6.ではいの方、ビッグアナイド系の糖尿病薬(メグルコ・メホルミン・グリコラン・エクメット)ですか？

☐ はい(ヨード造影剤を用いて検査を行う場合、担当医の指示に従い、内服の一時中止が必要です)

☐ いいえ

8. 【女性の方のみ】

現在妊娠している、またはその可能性がありますか？

☐ はい ☐ いいえ

現在授乳していますか？

☐ はい ☐ いいえ

9. 身長と体重を記入して下さい。

身長(cm) 体重(kg)

【 医師記入欄 】

血清クレアチニン値(mg/l) eGFR()

記入日： 年 月 日

氏名： _____

本人以外が記載した場合

氏名： _____ (続柄：)