

造影剤検査問診票 (地域医療連携室用)

年 月 日

患者様ID _____

患者様氏名 _____

様

1	アレルギー性の病気（またはアレルギー体質といわれたこと）がありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
2	【1. で「有」の方のみ】 下記にあげるアレルギー性の病気や薬物アレルギーがありますか？	
	①	アレルギー性の病気がある方は チェックを付けてください <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
②	薬剤アレルギー	薬剤名 [_____] 症状 [_____]
3	造影検査をおこなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
4	【3. で「有」の方のみ】 造影検査時、または造影後に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 「有」と答えた方へ 造影剤の種類：ヨード造影剤・ガドリニウム・その他 (_____) 副作用の内容：悪心・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・血圧低下 その他 [_____]	
5	腎機能が悪いといわれたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 「有」と答えた方へ ※最近の血清クレアチニン値またはeGFR値が分かればお書きください 血清クレアチニン値 _____ mg/dl、eGFR _____ (測定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
6	糖尿病のお薬を服用していますか？（ヨード造影剤との併用注意のため） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ビグアナイド系糖尿病薬（メトグルコ・グリコラン・メルビン・メトホルミンなど） を服用している患者様では、検査前後48時間内服の中止が必要な場合があります。	
7	女性の方へ。 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

以下にヨード造影剤及びガドリニウム造影剤添付文書に記載の「禁忌・原則禁忌」について記しています。ご参照ください。

【禁忌】 1) ヨード及びヨード造影剤に過敏症の既往^{注1}、ガドリニウム造影剤に過敏症の既往^{注2}、2) 重篤な甲状腺疾患^{注1}【原則禁忌】 1) 一般状態の極度に悪い患者 2) 気管支喘息 3) 重篤な心障害 4) 重篤な肝障害^{注2} 5) 重篤な腎障害
6) 急性膵炎 7) マクログロブリン血症 8) 多発性骨髄腫 9) テタニー 10) 褐色細胞腫またはその疑い

注1：ヨード造影剤の添付文書に記載 注2：ガドリニウム造影剤添付文書に記載

○患者様からの質問又は要望等

担当医へのお願い

- * この問診を得た日付から1年経過した場合、問診及び「造影剤検査同意書」を取り直してください。
- * 問診内容に変更が生じた場合、再度、「造影剤検査同意書」を取り直してください。
- * 問診項目の記載不備、担当医の署名がない場合は原則、造影剤検査は行えません。