

ご記入のうえ申込書と一緒にFAXしてください。

依頼元医療機関名：

患者氏名：

記入日： 年 月 日

■□■□■□■□■□■□■□ ■ 造影剤検査問診 事前調査シート ■□■□■□■□■□■□■□■

造影剤を血管内に注射して行う検査です。造影剤を使用することで異常の有無や病変の性状、範囲などが詳しく描出され、病気の早期発見や正確な診断を行うことができます。

該当するものがあれば○印をしてください。

() 気管支喘息

造影検査を行ったことがありますか。

() わからない

() なし

() あり →「あり」の方だけ回答してください。

副作用はありましたか。

() なし

() あり →「あり」の方だけ回答してください。

症状はどのようなものでしたか

()

() 腎臓が悪いと言われたことがある

() 糖尿病の薬を服用している →お薬の名前 ()

*お薬手帳を持参してください

() 妊娠中または妊娠の可能性がある

() 当てはまる項目はない

北見赤十字病院 地域医療連携室