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〇印をしてください。

（　　）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
（　　）ビグアナイド系糖尿病薬服用している
→　お薬の名前（　　）＊お薬手帳を持参してください

（　　）妊娠あるいは妊娠している可能性

（　　）当てはまる項目はない

北見赤十字病院　地域連携課