

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
- () 現在も吸入や内服薬で治療中 (お薬：)
- () 気管支喘息の既往はあるが、現在は特に治療していない

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
- () ビグアノ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

*気管支喘息・造影剤アレルギーの有無によって、造影検査と別日に当院医師による診察が必要となる場合があります。