

ご記入のうえ申込書と一緒に F A X 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

□気管支喘息の既往はあるが、現在は特に治療していない

□現在も吸入や内服薬で治療中（お薬：)

*お薬手帳を持参してください

() 腎臓が悪いと言われたことがある

() ビグアニ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

注意：造影 CT 検査の場合のみビグアニド系糖尿病薬は、ヨード造影剤との併用注意のため検査前 48 時間、検査後 48 時間内服の中止が必要です。

() 造影検査を行ったことがあり、異常があった場合のみご回答ください。

※異常があったのはいつ頃ですか。()

※造影剤の種類はわかりますか。

□ヨード造影剤 □ガドリニウム □その他 () □不明

※どのような症状ですか

□悪心 □嘔吐 □喉頭不快感 □くしゃみ □ 咳嗽 □発疹 (局所性)

□発赤 □掻痒 □その他 ()

□血圧低下 □呼吸困難 □発疹 (全身性) □顔面浮腫 □喘鳴

() 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