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
□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
注意：造影 CT 検査の場合のみビグアナイド系糖尿病薬は、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

北見赤十字病院　地域連携課
R6.3.18 改訂