

## CT・MRI造影検査を受けられる方へ(問診票)

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎ 検査を安全に行うため、以下の質問にあてはまるところをチェックして下さい。

1. 今まで造影剤を使った検査を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

※「はい」とお答えした方

その検査中・検査後に、以下の症状が現れたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

発疹 発赤 かゆみ 内違和感 くしゃみ あくび 咳 吐き気 腹痛

寒気 意識低下 血圧低下 その他 ( )

**※過去に、発疹・かゆみが出た方は造影剤を使うことが出来ません。**

2. 以下のような病気にかかったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

気管支喘息 甲状腺機能亢進(症) 薬物過敏症 花粉症 鼻炎

じんましん (原因 )

**※気管支喘息、甲状腺機能亢進症の方は、基本的に造影剤を使うことが出来ません。**

3. 心臓ペースメーカーを使用していますか？ ( はい ・ いいえ )

4. 腎機能に異常があると言われたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

5. 糖尿病があり薬を飲んでいますか。インシュリンを打っていますか？ ( はい ・ いいえ )

※「はい」とお答えした方 薬名( )

6. (女性の方のみ) 現在妊娠している又は妊娠している可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )

7. (女性の方のみ) 現在授乳されていますか？ ( はい ・ いいえ )

**※CT造影検査を受けた場合、授乳中の方は検査後48時間の断乳が必要になります。**

8. コンタクトレンズを使用していますか？ ( はい ・ いいえ )

9. 体内に動脈瘤クリップや人工内耳、人工関節、心臓金属弁などの金属が入っていますか？ ( はい ・ いいえ )