

【 造影CT問診表】

(陶生ID) _____

紹介医療機関名 _____

氏名 _____ 様 大・昭・平・令 年 月 日生

身長 _____ cm 体重 _____ kg

検査をスムーズに行うため、問診にご協力ください。

検査を指示される医師は、下記項目をチェックして、当日患者さんに持参していただくようお願いいたします。

(どちらかにレ点をつけてください)

ヨード造影剤を使用した検査を受けた事がある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
ヨード造影剤を使用した検査を受けて、アレルギー、その他の副作用が出たことがある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
重篤な甲状腺疾患がある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤でアレルギーまたはその他の過敏症が出たことがある。 “ある”の方は薬品名を記入してください。 (_____)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
現在、気管支喘息があり、治療中である。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
造影剤投与に対し、危険となるような腎障害、心障害、肝障害、膵炎、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫などがある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
現在、ビグアナイド系糖尿病用剤（グリコラン、メトホルミン、ジベトス、メタクトHD/LD、メトグルコ、エクメットHD/LD、イニシンク、ブホルミン、メトアナHD/LD）を服用中である	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

※ 上記ビグアナイド系薬剤を服用中の方は

検査2日前から検査2日後まで内服を中止してください