

病院名 :

カナ :

名前 :

生年月日 :

性別 :

年齢 :

# 造影剤問診票

検査日時 年 月 日 時 分

体重 kg 検査種  CT  MRI  その他( )

## 問診項目

|   |   |
|---|---|
| ① 今までに造影検査を受けたことがありますか？<br>『あり』の場合 何の検査でしたか？<br><br>副作用はありましたか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 透視検査<br><input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり ( 症状 ) |
| ② 気管支喘息はありますか？  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |
| ③ 甲状腺の病気はありますか？   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |
| ④ アレルギーはありますか？<br>『あり』の場合 何のアレルギーですか？                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 花粉<br><input type="checkbox"/> 食物 ( )<br><input type="checkbox"/> 薬品 ( )<br><input type="checkbox"/> その他( )   |
| ⑤ けいれん・てんかん発作を起こしたことがありますか？                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |
| ⑥ 腎臓の病気・機能低下はありますか？   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |
| ⑦ 糖尿病はありますか？<br>『あり』の場合 薬の治療は受けていますか？                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 受けている<br>( 薬品名: )<br><input type="checkbox"/> 受けていない  |
| ⑧ 妊娠または妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ記入)                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明   |
| ⑨ 他に何か病気・既往歴はありますか？   | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり ( 病名 )   |

## 注意事項

- 1) 過敏症の既往歴がある場合、ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに禁忌です。また重篤な甲状腺疾患もヨード造影剤は禁忌です。そして気管支喘息はヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに原則禁忌です。
- 2) eGFR=45ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満は原則禁忌とします。  
(過去3カ月以内の血清クレアチニン値・性別・年齢をもとに、eGFRを算出して下さい。)
- 3) ビグアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤は併用注意です。  
特に腎機能障害がある場合には、一時的に投与の中止を検討してください。
- 4) 授乳中の方は、造影検査後3日間は授乳を中止して下さい。
- 5) 原則禁忌、禁忌の場合でも必要があれば検査を行います。その場合は、医師同席のもと試行します。

岩手県立一戸病院

〒028-5312 岩手県二戸郡一戸町一戸字砂森60-1

☎ (0195) 33-3101

2019/08/09 改訂