

病院名 : ○△◇病院  
 カナ : イチノヘ タロウ  
 名前 : 一戸 太郎  
 生年月日 : S57/5/12  
 性別 : 男性  
 年齢 : 37歳

# 造影剤問診票

検査日時	2019年8月9日9時00分
体重 60 kg	検査種 <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 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? 『あり』の場合 何の検査でしたか?  副作用はありましたか?	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 透視検査 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 症状 じんましん )
② 気管支喘息はありますか?	<input checked="" 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 checked="" 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? 『あり』の場合 何のアレルギーですか?	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 花粉 <input checked="" type="checkbox"/> 食物 ( そば ) <input checked="" type="checkbox"/> 薬品 ( ○×△ ) <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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
⑦ 糖尿病はありますか? 『あり』の場合 薬の治療は受けていますか?	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 受けている ( 薬品名: ○○○ ) <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 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 病名 C型肝炎 )

## 注意事項

- 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。
- eGFR=45ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満は原則禁忌とします。  
(過去3ヶ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。)
- 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。
- 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。
- 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