

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？ 『あり』の場合 何の検査でしたか？ 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 <input 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 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？ 『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 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食物 () <input 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 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？ 『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 <input 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 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/1.73m²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) 経口糖尿病治療薬のメトホルミン製剤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

2017/09/20 改訂