

ヨード造影剤検査（造影CT、DIP、IVP）問診票

紹介検査用

記入年月日：平成 年 月 日

氏名：

生年月日： 年 月 日 体重： kg

情報提供者：本人・家族

[1] 気管支喘息と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、時期はいつですか？ 子供のときだけ 最近も症状が出る

[2] 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、その検査は何でしたか（CT MRI 血管造影 その他（ ））

『はい』の方、その時副作用はありましたか？

なし じんましん 発赤 くしゃみ 咳 あくび 嘔吐
 吐き気 頭痛 顔面のむくみ のどの違和感
 その他（ ）

[3] 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください（病名 ）

医療機関記入欄 血清Cr（ ） eGFR（ ）

[4] 心臓病と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください（病名 ）

『はい』の方、薬を服用している場合は薬の名前をお書きください（ ）

[5] 甲状腺の病気と診断されたことがありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください（病名 ）

[6] 今までに下記のような病気と診断されたことはありますか？

なし マクログロブリン血症 多発性骨髄腫
 褐色細胞腫 テタニー

[7] 糖尿病と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

糖尿病治療中の方は必ず薬の名前をお書きください (薬の名前)

※ビグアイド系糖尿病治療薬服用中の方は、一時休薬が必要です。指示をお願いします。