

造影CT検査問診票

生年月日 年 月 日生

ふりがな
氏名

安全にCT検査を受けていただくために、下記の問いにお答えください。

Q1: 今までに造影剤を使用した検査を受けられたことはありますか？

(はい ・ いいえ)

Q2: Q1 で(はい)と答えた方へ。そのとき副作用はありましたか？ (はい ・ いいえ)

Q3: Q2 で(はい)と答えた方へ。それはどのような副作用でしたか？

(かゆみ・発赤・吐き気・じんましん・頭痛・その他 ())

Q4: 今までにぜんそくといわれたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

Q5: アレルギー性の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

Q6: Q5 で(はい)と答えた方へ。それはどのような病気ですか？

(じんましん・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・その他())

Q7: 腎臓の働きが悪いといわれたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

Q8: 妊娠またはその可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

Q9: 他施設でβブロッカーという種類の薬を内服・服用をしていますか？

(はい ・ いいえ)

Q10: ビグアナイド系糖尿病薬という種類の薬を内服・服用をしていますか？

(はい ・ いいえ)

ネルビス, メトグルコ, メタクト, グリコラン, メデット, メトリオン, メトホルミン, メトリオン, ジベトス, ジベトン

Q11: 心臓ペースメーカーを使用していますか？ (はい ・ いいえ)

Q12: 埋め込み型除細動器 (ICD等) を使用していますか？ (はい ・ いいえ)

Q13: 造影CT検査の説明と造影剤使用時の説明について理解されましたか？

(はい ・ いいえ)

問診者サイン