**医療機関様用　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **造影検査問診票**検査名　　　□ CT　　　□ MRI　　　□ 排泄性尿路造影(IVP)　　　□ その他この問診票は、検査をできるだけ安全確実に行うためのものです。おわかりになる範囲でなるべく正確に記入をお願いします。また、検査の際には必ずこの問診票をご持参ください。尚、担当医師の判断で造影剤を使用しない場合もありますのでご了承ください。

|  |
| --- |
| お名前　＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　　　様　　　　　 　　　身長　　　　　cm生年月日 　年　　　　月　　　日　　 歳 　体重　　　　　kg  |
| 1.　今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？□ なし　　　□ あり (CT検査・MRI検査・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査)2.　造影検査を受けた方にお尋ねします。その時、何か副作用はありましたか？　□ なし　　　□ あり 　　くしゃみ・発疹・吐き気・その他（　　　　　　　　）3.　アレルギー性の病気・アレルギー体質などはありますか？　□ なし　　　□ あり 　　喘息・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎飲み物・注射の副作用（　　　　　　）食べ物によるアレルギー（　　　　　　　）4.　ご家族の方でアレルギー性の病気やアレルギー体質などはありますか？　□ なし　　　□あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　5.　現在、経口糖尿病薬が処方されていますか？　　　　□ なし　　　□あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　6.　腎臓のはたらきが悪いといわれたことがありますか？　□ なし　　　□ あり 　　腎不全・ネフローゼ・腎臓手術後・その他（　　　　） **※ 血清クレアチニン（CRE）　　　ml/dl（ 3か月以内の値 ）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　7.　体内に何か金属・磁性体はありますか？　□ なし　　　あり 　　心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・人工弁・人工骨頭　　　　　　　　　　　　　　　入れ墨・その他（　　　　　　　　　　　　）8.　何か持病や手術を受けたことがありますか？　あればご記入ください。 |

古河赤十字病院　TEL 0280-23－7111 |