

造影剤(ヨード系)問診表

患者氏名： 年齢 歳

検査内容：造影CT・血液造影（Angio）・尿路造影（DIP）
胆道造影（DIC）・その他

① 以前に造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	いいえ	はい
② その時、副作用がありましたか？	いいえ	はい
③ ②で「はい」と答えられた方へ ショック 発赤 嘔吐 熱感 口渇 痙攣発作 発疹 喘息発作 その他 それはいつですか？（ ） どのような検査ですか？（ ）		
④ アレルギー体質といわれた事がありますか？ 気管支喘息 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 その他	いいえ	はい
⑤ 家族にアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？ 気管支喘息 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 その他	いいえ	はい 続柄 （ ）
⑥ 飲み薬、注射、点滴等で副作用がでたことがありますか？	いいえ	はい
⑦ ⑥で「はい」と答えられた方へ 症状（ ） 薬の名前、種類（ ）		
⑧ 重篤な肝臓障害、重篤な腎臓障害といわれた事がありますか？	いいえ	はい
⑨ 次の病気にかかった事がありますか？ 心臓病（心不全・狭心症）・腎臓病・糖尿病・鉄過剰症・痙攣・てんかん その他（ ）	いいえ	はい
⑩ 糖尿病の内服（ビグアナイド系）の有無 薬剤名（ ）	無	有
◎血液データ 腎機能 GFR（ ） or クレアチニン（ ）mg/dl		

平成 年 月 日 問診者

医師