

【CT 造影・血管造影・DIP 検査問診票】

検査を安全に受けて頂くために検査当日の状態に対して以下の質問にお答えください。

①今までに造影剤（注射）をして検査をしたことがありますか。

- ☐ なし
☐ あり

②造影剤検査をした時、帰宅後も含めて何か異常はありましたか。

- ☐ なし
☐ あり（吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下）

③アレルギー体質

- ☐ なし
☐ あり（蕁麻疹、かぶれ、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎）

④喘息

- ☐ なし
☐ あり（治療中、治療していない）

⑤甲状腺機能亢進症（バセドウ病、骨髄腫）

- ☐ なし
☐ あり

⑥糖尿病と診断され現在服薬していますか。

- ☐ なし
☐ あり（薬の名前をお書きください）

⑦女性の方のみお答えください。

現在妊娠中ですか。

- ☐ はい
☐ いいえ
☐ わからない

この前の生理はいつですか。

月 日から 月 日まで

今一度、見直して間違いがなければ確認のため記入された方のお名前をお書きください。
ご協力ありがとうございました。

令和 年 月 日

患者氏名_____

（代筆の場合）親権者・親族等氏名_____