

※ この書類は必要事項をご記入の上 検査当日ご持参ください。

氏名 _____ 記載日 西暦 年 月 日

造影検査をされる方への質問票

※該当するものに☑をつけてください。

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。

はい いいえ 不明

(はいの方)それはいつ受けましたか。 _____

(はいの方)どんな検査でうけましたか。 _____

2. そのとき、吐き気、動悸、頭痛がありましたか。 はい いいえ

3. そのとき、かゆみ、くしゃみ、発疹がでましたか。 はい いいえ

4. じん麻疹や花粉症などのアレルギー体質はありませんか。 はい いいえ

5. 何かの薬で副作用が出たことはありませんか。 ある ない

6. 次に示す病気はありませんか。

気管支喘息 心臓病(心不全・狭心症など)

腎臓病(腎不全など) 甲状腺機能亢進症 ヘモクロマトーシス

その他の病気 _____

糖尿病 メトホルミン製剤を内服中

※メトホルミン製剤(メトホルミン・メトグルコ等)を服用されている場合は、ヨード造影検査の前後、各48時間(4日間)の休薬が必要です。

対象薬剤の詳細は別表を参照し確認してください。

血圧 _____ mmHg 体重 _____ Kg