ID:　　氏名　　様

CT 造影検査に関する問診票

CT 造影検査に関する問診

1. 現在の体重　（　　Kg）

2. 今までに造影剤を注射して、検査を受けたことがありますか？
   □ない　□ある（CT 検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影検査、MRI 検査）

- そのとき、検査中または検査後に何らかの症状がでましたか？
  □ない　□ある（吐き気、嘔吐、頭痛、発疹、かゆみ、咳、顔面の紅潮、
  冷や汗、その他（　　））

3. 次のようなアレルギー体質といわれたり、アレルギー性の病気にかかったことがありますか？
- ぜんそく、じんま疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アルコール綿花、かぶれやすい
  □ない　□ある

4. これまでに注射、内服薬で具合が悪くなったことがありますか？
   □ない　□ある（薬品名：　　）
   （症状：　　）

5. 両親、兄弟、姉妹にアレルギー疾患の方はいますか？
   □いいえ　□はい

6. 次のような疾患にかかったことがある、または治療中ですか？
   □いいえ　□はい（心臓病、腎臓病、肝臓病、甲状腺疾患、その他（　　）

7. 現在、糖尿病治療薬を使用していますか？
   □いいえ　□はい（薬品名（　　））

8. 女性の方へ、妊娠中または授乳中ですか？
   □いいえ　□はい