

ID: 氏名 様

MRI 造影検査に関する問診票

MRI 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. 女性の方へ、妊娠中または授乳中ですか？
いいえ はい