

ID :

氏名 :

生年月日 :

検査日 :

# 造影検査問診票

検査が安全に行われるための問診票です。以下の質問にお答え下さい。  
該当する項目の□にチェック、または（ ）内にご記入をお願いいたします。

- 今までに造影剤（胃や大腸のバリウムは除く）を用いて検査を受けたことがありますか？  
いいえ  
はい : 何の検査でしたか？（CT MR その他の検査）  
その時、帰宅後も含め体調が悪くなったことがありますか？  
いいえ  
はい : 具体的にどのような症状でしたか？（ ）
- 気管支ぜんそくと診断されたことはありますか？  
いいえ  
はい : 治療中ですか？（ 治療中 、 治療していない ）
- 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことはありますか？  
いいえ  
はい : 病名をお書きください（ ）
- 糖尿病と診断されたことはありますか？また、治療薬をお飲みですか？  
いいえ  
はい : 薬の名前をお書きください（ ）
- 心臓病、甲状腺疾患、褐色細胞腫、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー症と診断されたことはありますか？  
いいえ  
はい : 病名（ ）
- じんましん、アレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか？  
いいえ  
はい : 病名（ ）
- 今までに、薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？  
いいえ  
はい : どのような薬や食べ物でしたか？（ ）
- 現在の体重は何キログラムですか？（ kg ）
- （女性のみ）現在、妊娠の可能性はありますか？  
いいえ  
はい  
わからない

記載日[ 年 月 日]

記載者[ ] 続柄[ ]

ご協力ありがとうございました。  
医療法人財団 明理会 東戸塚記念病院