

造影検査に関する問診票

I D 番号： 血清クレアチニン _____ mg/dℓ
氏 名：
生年月日： eGFR _____ ml/分
性 別： *60 未満 医師の判断
ビグアナイド系糖尿病薬 検査前 止める ・ 止めない
検査後は止める

質問 1. あなたは、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。
(喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、
かぶれ、飲み薬や注射での副作用)

な し あ り

質問 2. あなたのご家族に、質問 1 のような方がいますか。

な し あ り

質問 3. 下痢や食欲不振がありますか。(脱水の有無)

な し あ り

質問 4. 痛み止めを服用していますか。(非ステロイド系消炎鎮痛剤服用の有無)

な し あ り

質問 5. あなたは糖尿病の薬を飲んでいますか。

な し あ り (薬剤名 _____)

質問 6. 今までに造影剤(注射)を用いた頭部、胸部、腹部、腎臓などの検査を受
けたことがありますか

な し あ り (部位 _____)

質問 7. その時、副作用がありましたか。

な し あ り (発疹、吐き気、その他 _____)

問診月日 年 月 日 問診者 _____