

造影検査に関する問診票

ID番号： _____ 血清クレアチニン _____ mg/dℓ
 氏名： _____ 様
 生年月日： T S H 年 月 日 eGFR _____ ml/分
 性別： 男 女 *60未満 医師の判断
 ビグアイド系糖尿病薬 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 _____