文書番号　1－2

造影検査に関する問診票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I D番号： |  | 血清クレアチニン　　　　　　　㎎/㎗ |
| 氏　　名： | 　　　　　　　　　　　　様 |  |
| 生年月日： | T・S・H・R　　　年　　月　　日 | eGFR 　 ml/分 |
| 性　　別： | 　　男　　　女 | 　　　　 　　　＊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

市立御前崎総合病院