

## 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・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 \_\_\_\_\_