

【 造影CT問診表 NO1 】 (陶生ID)

紹介医療機関名

氏名 _____ 様 大・昭・平 年 月 日生

検査をスムーズに行うため、問診にご協力ください。

検査を指示される医師は、下記項目をチェックして、当日患者様に持参していただくようお願いいたします。また、同意書をいただきますので印鑑をお持ちください。

(どちらかにレ点をつけてください)

造影剤の検査は初めてですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前、ヨード造影剤でアレルギーあるいはその他の副作用が出たことがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
重篤な甲状腺疾患がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
薬剤でアレルギーあるいは過敏症が出たことがある。 “ある”の方は薬品名を記入してください (_____)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
現在、気管支喘息がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
造影剤投与に対し、危険となるような腎障害、心障害、肝障害、膵炎、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫などがある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
現在、ビグアナイド系糖尿病用剤（グリコラン、ネルビス、メデット、メトホルミン、メトリオン、メルビン、ジベトスB、ジベトンS、メタクトHD・LD、メトグルコ）を服用中である	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

※ 上記ビグアナイド系薬剤を服用中の方は

検査2日前から検査2日後まで内服を中止してください

※MDCTの方は 検査問診表NO2 へお進みください

【 造影CT問診表 NO2 】 (陶生ID) _____

1. 今回、検査を受けるきっかけになった症状あるいは事情を教えてください。

()

2. 既往に該当するものがあればチェック (レ点) をお願いします。

高血圧 糖尿病 喘息 高脂血症 (コレステロールが高い)

3. 現在、タバコを吸っているか、タバコを吸っていたことがある

はい いいえ

※はい、と答えられた方は、1 日の本数と喫煙年数を教えてください

_____ 本/日 _____ 歳～ 歳

4. お酒をのみますか

はい いいえ

※ はい、と答えられた方は、1 日の本数の飲酒をされるのか教えてください。

5. 現在の身長と体重を教えてください。

身長 _____ c m 体重 _____ K g

問診事項は以上です。ご協力ありがとうございました。