

## 問診票(造影剤)

ID		患者氏名		年齢		性別	
問診日		代理人		続柄		問診者	

\* 目的に関わらず、すべての項目を聴取する

項 目	選 択	
1) 腎機能に異常があると言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 甲状腺に異常があると言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 喘息と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) 薬のアレルギーがある 薬品名【    】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 造影剤を用いた検査で副作用が起きたことがある 検査名【                          】 症状【    】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 食物でアレルギー・蕁麻疹などが出たことがある <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> アボカド <input type="checkbox"/> 栗 <input type="checkbox"/> その他の食品【    】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7) その他、アレルギーと言われたことがある <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他【    】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8) 血縁関係者に喘息、薬・食物アレルギー、蕁麻疹などの出る方がいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9) 糖尿病で、ビグアイド系の薬剤を服用している（ヨード造影検査時に休薬が必要） <input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠LD,HD <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> メタクト配合錠LD,HD <input type="checkbox"/> ジベトス錠 <input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> イニシンク配合錠 <input type="checkbox"/> ジベトンS腸溶錠 その他薬品名：【    】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10) 妊娠中または授乳中である 妊娠（          ）週	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

特記事項

知多厚生病院 病診連携室  
TEL：(0569) 83-1661  
FAX：(0569) 83-1666

2017/9/1