問診票(造影剤)　CT・MRI用

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 半年以内の血清クレアチニンの数値を記入してください（必須） 検査日　【　　年　月　日】 血清クレアチニン　【　　mg/dL】	□ はい	□ いいえ
2）甲状腺に異常があると言われたことがある	□ はい	□ いいえ
3）喘息と言われたことがある	□ はい	□ いいえ
4）薬のアレルギーがある 薬品名　【　　】	□ はい	□ 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　【　　】	□ はい	□ 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 □ 卵　□ 大豆　□ そば　□ 青魚　□ えび・かに □ バナナ　□ キウイ　□ アボカド　□ 栗 □ その他の食品　【　　】	□ はい	□ いいえ
7）その他、アレルギーと言われたことがある □ 花粉症　□ その他　【　　】	□ はい	□ 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	□ はい	□ いいえ
9）糖尿病で、ビグアナイド系の薬剤を服用している（ヨード造影検査時に休薬を考慮） ※50音順　※（　）は知多厚生病院未採用薬品 □ イニシンク配合錠　□ エクメット配合錠LD,HD　□ （グリコラン錠） □ （ジベトス錠）　□ （ジベトンS腸溶錠）　□ （メタクト配合錠LD,HD） □ （メトアナ配合錠LD,HD）　□ （メトグルコ錠）　□ メトホルミン塩酸塩錠 その他薬品名：【　　】	□ はい	□ いいえ
10）妊娠中または授乳中である 妊娠（　）週	□ はい	□ 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

2021/1/4