

CT 造影検査に関する問診票

氏名: _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今までに造影剤を使用した検査をしたことはありますか？

無 有 検査: CT MRI 尿路造影 血管造影 その他()

2. 造影剤を使用した方で副作用が生じたことはありますか？

無 有 症状: 発疹・かゆみ くしゃみ・咳 ぜい鳴・呼吸困難 血圧低下 胸痛 嘔吐
 その他()

3. 喘息で治療中ですか？

無 有 最終発作:()

4. 腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？

無 有 透析中 ※「有」の目安は、e-GFRが60(ml/分1.73m³)未満です。

5. 下記の病気と診断されたことはありますか？

無 有 甲状腺機能亢進症 テタニー 褐色細胞腫 重症筋無力症
 マクログロブリン血症 骨髄種

6. 糖尿病で治療をされていますか？

無 有 ビグアナイド系治療薬の服用 無 有 薬剤名:()

※造影CTの場合、ビグアナイド系薬剤の服用を検査前48時間~検査後48時間、中止してください。

7. 腎毒性のある薬を服用していますか？

無 有 薬剤名:() ※可能であれば休薬してください。

8. β遮断薬（ブロッカー）を服用していますか？

無 有

9. アレルギーはありますか？

無 有 アトピー 花粉症・鼻炎 じんましん・皮膚炎 薬 食物 その他()
詳細:()

10. 血縁者の方で、重篤なアレルギー歴はありますか？

無 有 詳細:()

11. ペースメーカー、ICD（植え込み型除細動器）が体内に留置されていますか？

無 有

12. 妊娠していますか？

無 妊娠中 授乳中