令和　　年　　月　　日

ID

お名前

〔自署して下さい〕

ＣＴ造影剤検査 問診票

〔検査当日、この用紙を受付に持参して下さい〕

下記の質問に ○ 又は 〔　〕内に記入して下さい。　《○で囲んで下さい》

①	今までに造影剤を使用して検査を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
	はいと答えた方へ　その時、帰宅後も含めて何か異常がありましたか？	
	異常なかった　吐き気　おう吐　かゆみ　湿疹	
	呼吸困難　血圧低下　その他〔　〕	
②	今までに薬・注射でアレルギーや具合が悪くなったことがありますか？	はい ・ いいえ
	はいと答えた方へ　薬等の名前を記入して下さい。	
	薬等の名前〔　〕　症状〔　〕	
③	過去に下記のようなアレルギー体質・アレルギー性の病気になったことがありますか？	はい ・ いいえ
	喘息・じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー等	
④	甲状腺の病気がありますか？	はい ・ いいえ
	はいと答えた方へ　病名を記入して下さい。〔　〕	
⑤	腎臓の病気や機能低下と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
	はいと答えた方へ　病名を記入して下さい。〔　〕	
⑥	現在、糖尿病である、または治療薬を使用していますか？	はい ・ いいえ
	はいと答えた方へ　薬名を記入して下さい。〔　〕	
⑦	女性の方⇒ 現在、妊娠中または授乳中ですか？	はい ・ いいえ
⑧	造影剤使用量の参考にするため体重を記入して下さい。　〔　kg 〕	

総合判定　〔 可 ・ 要注意 ・ 不可 〕

依頼医師署名

医療法人　羊蹄会
小牧ようてい記念病院
☏ 0568-65-7517

この用紙はご署名の上、検査当日に必ずご持参ください。（問診票がないと造影検査を受けられません。）