造影 CT 問診表

１．今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか?(　はい・いいえ　)
※ありの方で、検査中、検査後に副作用の症状が出ましたか？（　はい・いいえ　）
症状の出た方　□発心（ほっしん）□吐き気　□嘔吐（おうと）□その他（　　）

２、今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか？（　はい・いいえ　）

３、アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？（　はい・いいえ　）
□蕁麻疹（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
（　　）□薬のアレルギー（　　）□その他(　　)

４、腎不全と言われた事がありますか？（　はい・いいえ　）

５、糖尿病の治療薬（ピグアナイド系）を飲んでいますか？（　はい・いいえ　）

６、現在妊娠中、または授乳中ですか？（　はい・いいえ　）

上記の２～６で、「はい」のチェックがある場合でも造影剤を使用する場合は、主治医署名が必要です。署名がない場合は、単純撮影のみとさせていただきます。

造影剤を使用しての検査を依頼する。　主治医氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は今回の CT 検査の造影剤使用に同意します。

記入日　　年　　月　　日　　検査日　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

※この問診表は、造影剤使用の方のみご記入下さい

医療法人　千葉外科内科病院