造影CT検査問診票

【2024.11月改訂】

検査日　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　　日

　　お手数ですが、安心して検査を受けていただくために以下の質問にご記入又は○をしてください

なお、患者さんご自身が記入できない場合はご家族もしくは代理の方が責任を持ってご記入ください

|  |
| --- |
| 現在の体重Kg患者様氏名　様生年月日　西暦 　年　　　月　　　日　代理の方の氏名　　　　　　　　　　（続柄）　　　　 |
| 1:最後に食事を摂取したのは何時ですか？ | 時 | 分 |
| 2:今までに気管支喘息といわれたことがありますか？ | はい | いいえ |
| 3:現在、喘息の治療は受けていますか？ | はい | いいえ |
| 4:アレルギー体質(食物や薬)、アレルギー性の病気がありますか？ | はい | いいえ |
| はいと答えた方は具体的にご記入ください |
| 食物、薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）病名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 5:心臓ペースメーカまたは埋め込み型除細動器を使用していますか？ | はい | いいえ |
| 6:糖尿病薬を飲んでいますか？ | はい | いいえ |
| はいと笞えた方へ　　薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　その糖尿病薬は休薬の指示がありますか？ | はい | いいえ |
| 7:注射や採血前のアルコール綿で皮膚が赤くなりますか？ | はい | いいえ |
| 8:今までに造影剤を使用したCT検査を受けたことがありますか？ | はい | いいえ |
| はいと笞えた方へ　　造影剤による副作用がありましたか？ | はい | いいえ |
| はいと答えた方へ 副作用の症状で当てはまるものに○または、ご記入してください\*じんましん　　\*発赤　　\*くしゃみ　　\*吐気　　\*嘔吐　　\*のどの違和感\*その他《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》 |
| 9:女性の方のみお答えてください 　 　　 　　現在､妊娠していか？現在､授乳していますか？ | はい | いいえ |
| はい | いいえ |