

造影CT検査問診票(紹介医療機関様用)

1. 今までに造影剤(注射)を使用した検査を受けたことがありますか (はい・いいえ)
→「いいえ」の場合は、問4へ
2. 造影剤を使用してどのような検査をしましたか
[CT・MRI・血管造影・尿路造影・胆道造影・その他()]
3. 造影検査を受けた時に副作用はありましたか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、[蕁麻疹・吐気・その他()]
4. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、[気管支喘息・蕁麻疹・アトピー]
飲み薬や注射の副作用()
食べ物など()
5. 経口糖尿病薬(ビグアナイド系:メルビン・グリコラン等)を服用されていますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、[薬品名()]
6. 妊娠中、もしくは妊娠している可能性はありますか(女性の方のみ回答) (はい・いいえ)

問診の日付 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者: _____ 様

代理人: _____ (続柄: ____)

医師名: _____