



画像検査問診票 検査(CT・MRI・その他) 【記入日:西暦 年 月 日】

患者氏名() 年令()才 体重()kg

造影剤使用歴	造影剤(注射やカテーテルなど)を使用して画像検査を受けたことがありますか? なし あり (CT、MRI、血管造影、腎尿路造影、胆道造影)
造影剤副作用歴	その際に、帰宅後も含めて何か副作用の症状はありましたか? なし あり (発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、息苦しさ、血圧低下、その他)
気管支喘息	今までに、喘息(ぜんそく)と診断され、治療を受けたことはありますか? なし あり (現在治療中、過去に治療()年前、小児喘息)
アレルギー性疾患	他に何か、治療を必要としたアレルギー性疾患の病歴はありますか? なし あり (病名をお書き下さい)
アレルギー歴	今までに、飲み薬や食べ物などでアレルギー症状が出たことはありますか? なし あり ()
甲状腺疾患	甲状腺機能亢進症(バセドウ病)と診断されたことはありますか? なし あり (現在治療中、治療していない、過去に治療)
腎障害	腎臓の病気や腎臓の機能が悪いと言われたことはありますか? なし あり (病名)
糖尿病	日頃服用されている糖尿病のお薬はありますか? なし あり (薬の名前)
高血圧・心疾患	日頃服用されている高血圧や不整脈、心臓病のお薬はありますか? なし あり (薬の名前)
手術歴	今までに、何か手術やカテーテル治療などを受けたことはありますか? なし あり ()
体内金属	体内や皮膚表面などに、何か金属類や磁性体、医療機器などはありますか? なし あり (部位: 頭部、頸部、胸部、腹部、四肢、皮膚表面(リブレなど)) (内容:)
妊娠・授乳	女性の方: 現在妊娠中、またはその可能性はありますか? 授乳はしていますか? なし あり ()
緑内障	緑内障と診断されたことがある方にお聞きします。今まで何か薬の使用制限に関して説明を受けたことがありますか。 なし あり 緑内障と診断されたことはない

