

(この用紙は説明および同意書とともに、カルテに綴じて下さい)

カルテ用

## 造影 CT 検査のための問診票

記入日 平成 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 女 体重 \_\_\_\_\_ kg

検査日時 平成 年 月 日 時 分

安全に検査を実施するために以下の質問にお答え下さい。

(該当する方は□にレをつけて下さい。: 以下は○もしくは ( ) 内へご記入願います。)

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?

なし  あり : CT、MRI、胆道造影、尿路造影、血管造影

→ありの場合「帰宅後も含めて」副作用がありましたか?

なし  あり : 吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下  
その他 ( )

② アレルギー性の病気 (花粉症含む) や体質 (食べ物) がありますか?

なし  あり (具体的に: )

③ 薬で具合が悪くなったことはないですか?

なし  あり (具体的に: )

④ 今までにぜんそくの治療を受けたことがありますか?

なし  あり  わからない

→ありの場合、現在治療を受けていますか?

なし  あり (最終発作時期: )

⑤ 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことがありますか?

なし  あり (具体的に: )

裏面へつづく

⑥ 経口糖尿病の治療を受けていますか？

なし     あり    (具体的な薬の名前： \_\_\_\_\_ )

※当日絶食（お茶・水のみ可）となるため、インスリン・糖尿病薬の中止に関しては、医師又は看護師の指導を遵守して下さい。

⑦ 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫、のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか？ あれば具体的にお書き下さい。

なし     あり    (具体的に： \_\_\_\_\_ )

⑧ 現在、高血圧、不整脈の薬を服用されていますか？

なし     あり    (具体的な薬の名前： \_\_\_\_\_ )

⑨ 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠中、又は妊娠している可能性がありますか？

なし     あり     わからない

以下は各科・病棟の担当者が記入して下さい

● 検査オーダー時の確認項目

- 過去6ヶ月以内の腎機能 (Cr、eGFR)
- 糖尿病薬 (インスリン含む) 中止の説明

● 検査当日の確認

- 問診表の①～⑨
- 過去造影剤で副作用、ぜんそくのある患者に対する前投薬オーダーの有無
  - なし     あり    ※ありの場合患者情報用紙を添付して下さい(外来のみ)
- 腎機能不良に対する前処置の有無
  - なし     あり    ※ありの場合患者情報用紙を添付して下さい(外来のみ)
- ビグアイド系糖尿病薬の中止確認 (検査日前後2日間づつ)
- 検査当日の最終食事時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_ 頃

外来・病棟 \_\_\_\_\_ 確認者

放射線技術科 \_\_\_\_\_ 確認者