

造影 CT 検査のための問診票

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____

患者氏名 _____ 性別 男 女 体重 _____ kg

検査日時 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

※ 検査当日の最終食事時間 _____ 時 _____ 分 頃

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。

(該当する項目に“レ”もしくは“○”をつけて下さい。また () 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ありませんか？

なし あり (具体的に： _____)

④ 5年以内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： _____)

⑥ 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： _____)

⑦ 経口糖尿病薬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。

⑧ 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： _____)

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

検査予定日より3ヶ月以内(_____ 月 _____ 日)の腎機能(Cr _____ eGFR _____)

糖尿病薬(インスリン含む)中止の説明

5年以内のぜんそく治療歴

● 検査当日の確認

問診表の①～⑨の確認

造影剤の副作用歴、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もしくは注射箋のコピーを添付して下さい(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もしくは注射箋のコピーを添付して下さい(外来のみ)

ビグアナ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 _____

※この用紙は説明および同意書とともに、カルテに登録して下さい