

診療科 :
患者番号 :
カナ :
名前 :
生年月日 :
性別 :
年齢 :

造影剤使用の問診票

1検査に対して1問診票とします

検査日時	年	月	日	時	分
体重	kg	検査種	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	

〈問診項目〉

①	今までに造影検査を受けたことがありますか？ 『あり』の場合 何の検査でしたか？ 副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状)
②	気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
③	甲状腺の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
④	アレルギーはありますか？ 『あり』の場合 何のアレルギーですか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 薬品 () <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤	けいれん・てんかん発作を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
⑥	腎臓の病気・機能低下はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
⑦	糖尿病はありますか？ 『あり』の場合 薬の治療は受けていますか？ →ビグアナイド系の場合は一時的に休薬が必要となります	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 受けている (薬品名:) <input type="checkbox"/> 受けていない
⑧	妊娠または妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ記入)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
⑨	他に何か病気・既往歴はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)

〈職員記入欄〉

腎機能の確認	eGFR値	ml/min/1.73m ²	検査日	/ /
			過去3か月以内	

注意事項

- 過敏症の既往歴がある場合、ヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに禁忌です。また重篤な甲状腺疾患もヨード造影剤は禁忌です。そして気管支喘息はヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに原則禁忌です。
- eGFR = 30 ml/min/1.73m² 未満は原則禁忌とします。
(血清クレアチニン値・性別・年齢をもとに、過去3か月以内のeGFRを算出して下さい。)
- ビグアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤は併用注意です。
特に腎機能障害がある場合には、一時的に投与の中止を検討してください。
- 授乳中の方は、造影検査後3日間は授乳を中止して下さい。
- 原則禁忌、禁忌の場合でも必要があれば検査を行います。その場合は、医師同席のもと試行します。

岩手県立一戸病院

〒028-5312 岩手県二戸郡一戸町一戸字砂森60-1

☎ (0195) 33-3101

2022年4月 改訂