# 造影剤に関する問診票

ID
名前　　様

安全に造影検査を行うために、以下の質問にお答えください。

1．今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？　　はい ・ いいえ
（「はい」とお答えの方）
・何の検査でしたか？

☐ CT　☐ MRI　☐ 血管造影（カテーテル検査）　☐ バリウム検査

☐ その他（　　）☐ 不明

・その時、造影剤の副作用はありましたか？　　はい ・ いいえ
（「はい」とお答えの方）どのような症状でしたか？

☐ 吐き気　☐ 嘔吐　☐ かゆみ　☐発疹・蕁麻疹　☐ 頭痛

☐ 動悸　☐ 血圧低下　☐ 呼吸困難　☐ その他（

2. 今までに「喘息」と診断されたことがありますか？　　はい ・ いいえ
（「はい」とお答えの方） 現在の状況をお知らせ下さい。

☐ 現在は治っている（小児喘息を含む）　☐ 現在も治療している

3.. 今までに以下の病気を指摘されたことはありますか？　　はい ・ いいえ
（「はい」とお答えの方） 該当する項目にチェックを入れてください。

☐ 腎臓病　☐ 糖尿病　☐ けいれん　☐ 重症甲状腺機能亢進症

4. アレルギー体質はありますか？　　はい ・ いいえ
（「はい」とお答えの方） 具体的にお知らせください。

☐ 薬剤（　　）☐ 食べ物（　　）

☐ アトピー　☐アレルギー性鼻炎　☐ 花粉症　☐ その他（　　）

5. 女性の方にお尋ねします。
・現在妊娠中ですか？　　はい ・ わからない ・ いいえ

・現在授乳中ですか？　　はい ・ いいえ