

②造影 CT 検査に関する問診票

※造影 CT 検査予約申込時、依頼書・同意書と一緒に FAX いただき、当日持参をお願いいたします。

該当する□にチェックをしてください。

1 別紙の「造影 CT 線検査に関する説明」をお読みにになりましたか？
□読んだ □読んでいない

2 (女性のみ) 現在妊娠中、または授乳中ですか？ □ はい □ いいえ

3 今までに薬や注射で気分が悪くなったことや、発疹がでたことがありますか？
□ はい □ いいえ

4 今までに造影剤で気分が悪くなったことがありますか？ □ はい □ いいえ

5 下記の病気がありますか？ □ いいえ

□甲状腺機能亢進症 ⇒ 検査ができません

□血液透析中

なお、下記に該当した場合、検査ができない場合がありますので
ご相談ください

□気管支ぜんそく □重い心臓疾患 □重い肝臓障害 □重い腎臓障害 □テタニー

□甲状腺疾患（機能亢進症以外） □多発性骨髄腫 □褐色細胞腫

□マクログロブリン血症

6 アレルギーの既往はありますか？ □ はい □ いいえ

「はい」の方は内容をお答えください

□ 食物 □ 花粉症 □ アトピー □ その他

7 インスリンポンプまたはグルコース測定器を使用していますか？

※外せば検査可能です □ はい □ いいえ

令和 年 月 日

患者署名 _____

※患者本人が記載できない場合は患者署名と代理人署名をお願いします。

代理人署名 _____ (患者との続柄)