②造影 CT 検査に関する問診票（当日、必ず持参してください）

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（症状は？　　）　□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　□今まで造影剤を使ったことがない

5　下記の病気がありますか？（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）

□ はい　□いいえ

□甲状腺機能亢進症（⇒造影検査ができません）　□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

□甲状腺疾患（機能亢進症以外）　□テタニー　□多発性骨髄腫

□褐色細胞腫　□マクログロブリン血症　□血液透析中

6　アレルギーの既往はありますか？（「はい」の方は内容をお答えください）

□ はい　・食物（　　）・花粉症・アトピー・その他（　　）

□いいえ

7　糖尿病薬を使用していますか？（「はい」の方は薬の名前をお答えください）

□ はい　（　　）　□いいえ

令和　　年　　月　　日

患者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　身長：　　cm　体重：　　kg

※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）＿＿＿＿＿＿

以下、検査担当者記入欄

・検査実施日：20　　年　　月　　日　　eGFR：　　（採血:20　　年　　月　　日）

・検査前：問診確認をしたか？　□すみ　特記事項：□なし　□あり（　　）担当者＿＿＿

・検査後：造影検査直後の状態変化確認　□なし　□あり（　　）　担当者＿＿＿

造影剤注入から 5 分後の状態変化　□なし　□あり（　　）

・血圧：検査前：　　/　　検査後：　　/　　（　　：　　）

2026 年 10 月 28 日　改訂