

造影 CT ご希望の患者様への問診をお願いしております。依頼箋と一緒に FAX をお願い致します。

患者氏名 ( ) 問診日 月 日 (担当 様)

【造影検査時間診】

1. アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか？

なし  あり

どのようなアレルギーですか？

- かぶれ  蕁麻疹  喘息  アレルギー性皮膚炎  
 飲み薬  注射の副作用  アレルギー性鼻炎

その他

2. 今までに(点滴・注射)造影剤を用いた検査をしたことがありますか？

なし  あり

どのような検査を受けられましたか？

- CT検査  血管造影検査  腎盂造影検査  胆嚢造影検査

その他

その時、副作用がありましたか？

なし  あり

どのような症状でしたか？

- 発疹  くしゃみ  吐き気 その他

3. 家族の方に以上のようなことがありましたか？

なし  あり どのような症状でしたか？

4. ビグアナイド系糖尿病薬を内服していますか？

なし  あり

ビグアナイド系DM薬＝メグロニ錠・グリコワン錠・メット錠・ネビース錠・トリワン錠・ジベトス錠・オホミン錠・メ外配合錠は休薬(前々日～翌々日まで)

☆休薬指示は医師に確認して確定を。

5. 今までに腎臓病あるいは腎機能の低下(Cr1.5以上・GFR60未満)を指摘されたことがありますか？

なし

あり →何と言われましたか？

不明 →  不明の場合は医師の確認をする(当院での採血指示などが出ることあり)

【アナフィラキシーショック問診】

設問1、ハチに刺されてアレルギー症状を起こしたことが

1、 ある  ない

設問2、特定の食物を食べてアレルギー反応が起こったことが

2、 ある  ない

設問3、何らかの薬(市販薬を含む)を飲んでアレルギー症状を起こしたことが

3、 ある  ない

設問4、ラテックス(ゴム手袋、医療用カテーテル、コンドーム等)に対してアレルギー症状を起こしたことがあるまたは、ゴム風船を膨らませた後、腫れやかゆみが起こったことが

4、 ある  ない

設問5、運動して、あるいは食後に運動してアレルギー症状を起こしたことが

5、 ある  ない

設問6、これまでにハチ毒、食物、薬物、ラテックス、運動以外で、蕁麻疹、呼吸困難、血圧低下を起こしたことが

6、 ある  ない

設問7、アレルギー疾患(気管支喘息など)で

7、 ある  ない