

## CT 造影検査に関する問診票

氏名: \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

### 1. 今までに造影剤を使用した検査をしたことはありますか？

無  有 検査: CT  MRI  尿路造影  血管造影  その他( )

### 2. 造影剤を使用した方で副作用が生じたことはありますか？

無  有 症状: 発疹・かゆみ  くしゃみ・咳  ぜい鳴・呼吸困難  血圧低下  胸痛  嘔吐  
 その他( )

### 3. 喘息で治療中ですか？

無  有 最終発作:( )

### 4. 腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？

無  有  透析中 ※「有」の目安は、e-GFRが60(ml/分1.73m<sup>3</sup>)未満です。

### 5. 下記の病気と診断されたことはありますか？

無  有  甲状腺機能亢進症  テタニー  褐色細胞腫  重症筋無力症  
 マクログロブリン血症  骨髄種

### 6. 糖尿病で治療をされていますか？

無  有 ビグアナイド系治療薬の服用  無  有 薬剤名:( )

※造影CTの場合、ビグアナイド系薬剤の服用を検査前48時間~検査後48時間、中止してください。

### 7. 腎毒性のある薬を服用していますか？

無  有 薬剤名:( ) ※可能であれば休薬してください。

### 8. $\beta$ 遮断薬（ブロッカー）を服用していますか？

無  有

### 9. アレルギーはありますか？

無  有  アトピー  花粉症・鼻炎  じんましん・皮膚炎  薬  食物  その他( )  
詳細:( )

### 10. 血縁者の方で、重篤なアレルギー歴はありますか？

無  有 詳細:( )

### 11. ペースメーカー、ICD（植え込み型除細動器）が体内に留置されていますか？

無  有

### 12. 妊娠していますか？

無  妊娠中  授乳中