

造影 CT 検査 問診票

患者様氏名 _____ 様

検査をできるだけ安全確実に行うため、以下の項目に答えていただき、検査当日地域医療連携センターにご持参ください。

<問診>

該当する項目に印をつけ、“はい”を選ばれた方は該当項目について（）内に記載をお願いします。

- ・ペースメーカーを植え込んでいる。
いいえ はい
- ・除細動器付デバイス（ICD・CRT-D）を植え込んでいる。
いいえ はい
- ・インスリンポンプ、持続グルコース測定器を留置している。
いいえ はい
- ・造影剤を用いた検査で副作用を起こしたことがある。
いいえ はい （検査名： _____ 症状： _____）
- ・重篤な甲状腺疾患がある。
いいえ はい
- ・ぜんそくがある。
いいえ はい
- ・マクロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫の既往がある。
いいえ はい （疾患名： _____）
- ・アレルギーを起こしやすい体質である。
いいえ はい （症状： _____）
- ・体重をご記入ください。

体重： _____ kg

女性の方のみ、お答えください。

- ・妊娠中または妊娠の可能性がある。
いいえ はい 不明