

患者及び医療機関依頼医が記入し、検査当日にご持参ください。

## 造影CT検査問診票

患者氏名： \_\_\_\_\_

記入者名： \_\_\_\_\_

本人以外が記載した場合（続柄又は関係： \_\_\_\_\_）

CT検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

1) 体内に以下のような医療用の機器、金属などがありますか



・心臓ペースメーカー

いいえ はい

・植込み型除細動器

いいえ はい

(手術 年頃)

2) 今までにCT検査を受けたことがありますか

いいえ はい

3) 今までに造影剤を使用した検査をしたことがありますか

いいえ はい

4) 3) で「はい」と答えられた方のみお答えください

その時、副作用はありましたか

いいえ はい

「はい」と回答された方は、その時の症状を○で囲んでください

悪心 吐き気 嘔吐 咳 くしゃみ あくび 発疹 かゆみ

咽頭・喉頭違和感 その他 ( )

5) 気管支ぜんそくはありますか

いいえ はい

(※重篤な副作用の発現率が上昇することが報告されています。)

6) アレルギーはありますか

いいえ はい

「はい」と回答された方は、以下の項目に○を付け名称を記入してください。

食べ物 (例:さば) ( ) 薬 (例:ピリン) ( )

その他 ( )

(※副作用の発現率が上昇することが報告されています。)

7) 女性の方は回答してください。現在妊娠していますか

いいえ はい

以下は医療機関依頼医が記入

1) 重篤な甲状腺疾患はありますか

いいえ はい

(※重篤な甲状腺疾患とは、コントロールされていない甲状腺機能亢進症を指し、ヨード造影剤は微量の遊離ヨードを含み、それがヨード代謝に影響を与え甲状腺クリーゼを起こすことがあります。)

2) ビグアナイド系糖尿病薬を使用していますか

いいえ はい

休薬期間 ( 月 日 ~ 月 日)

(※ビグアナイド系糖尿病薬の併用によって乳酸アシドーシスが発現した報告があり、一時的に中止する必要があります。)

3)  $\beta$ 遮断薬を使用していますか。

いいえ はい

(※ $\beta$ 遮断薬はアナフィラキシー反応発生時の第一選択薬であるアドレナリン (エピネフリン) の効果を減弱することが報告されています。)

4) インターロイキン2製剤投与はありますか。

いいえ はい

(※遅発性副作用の発現率が増加することが報告されています。)

5) 血清クレアチニン値 (現時点における直近データ)

\_\_\_\_\_ mg/dl ( 年 月)

(※測定日~検査日が半年以上の場合、測定をお願いします。測定日 年 月)