

# 造影検査問診票（ヨード造影剤）

患者 ID : \_\_\_\_\_

患者氏名 : \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

X線検査では、造影剤を体内に投与して検査を行う場合があります。この造影剤の副作用には、かゆみ、蕁麻疹、くしゃみ、吐き気、嘔吐など、またごくまれに重い副作用が起こることがあります。（別紙：「造影検査説明書」を参照）この副作用を予知し、安全に検査を行うために、以下の質問にお答え下さい。また当てはまる箇所にレ印を入れてください。あるいは（ ）の中に具体的な言葉をお書き下さい。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

現在の体重を記入してください。	(体重 kg)	
1. ヨード造影剤を使用した検査は初めてですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. これまでに造影剤検査で副作用が起きましたか。 「はい」と答えた方は下記について教えてください。 ●副作用は何の検査で起きましたか。 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> 胆嚢造影 <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> その他( ) ●どのような副作用でしたか。 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> あくび <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 顔面のむくみ <input type="checkbox"/> のどの違和感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. ぜんそく、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。 「はい」と答えた方は下記について教えてください。 ●どのような病気ですか。 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> じん麻疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 消毒液アレルギー <input type="checkbox"/> ゴム製品(ラテックス)アレルギー <input type="checkbox"/> 飲み薬・注射薬( )に対するアレルギー(副作用) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 糖尿病はありますか。 「はい」と答えた方は下記について教えてください。 ●以下の薬を飲んでいませんか。該当する薬剤を○で囲んでください。 ビグアナイド系の薬剤 (メグルコ、メホルミン、グリコラン、エクメット、メタクト、 メアナ、イニシンク、ジベトス、ブホルミン) ※担当医師の指示に従って、内服の休薬が必要となります。(eGFR<60の場合)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 心臓病・腎臓病など下記の病気がありますか。 「はい」と答えた方は下記について教えてください。 ●どのような病気ですか。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. (女性のみ) 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7. (女性のみ) 現在、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. ペースメーカー、埋込み型除細動器を埋め込んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※医師記入欄：2～6で「はい」の回答がある場合、記入。すべて「いいえ」の場合、医師確認は任意。

<input type="checkbox"/> 内容を確認し、造影剤を使用します。 担当医師 _____ (自署)
--

※医師の判断で造影剤を使用しない場合がありますので、ご了承ください。

2024年7月9日改定