

造影検査（ヨード造影剤）問診票

記入日 年 月 日

患者氏名 _____

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：「造影検査を受けられる方へ」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。当てはまる箇所にレ印を入れて下さい。あるいは（ ）の中に具体的な言葉をお書き下さい。

1. これまでにヨード造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。 なし あり

1. で ありの方は造影剤で副作用が起きましたか。

なし

あり → ●何の検査で起きましたか。

CT MRI 血管造影 尿路造影 胆嚢造影 心臓カテーテル

その他（ ）

●どのような副作用でしたか。

発赤 蕁麻疹 かゆみ くしゃみ 咳 あくび 吐き気 嘔吐

頭痛 顔面のむくみ のどの違和感 呼吸困難 意識消失

その他（ ）

2. 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。

なし

あり → ぜんそく 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー

アレルギー性鼻炎 ゴム製品（ラテックス）アレルギー 消毒薬アレルギー

飲み薬・注射薬（ ）に対するアレルギー（副作用）

その他（ ）

3. 糖尿病はありますか。

なし

あり → 以下の薬を飲んでいますか。該当する薬剤を○で囲んで下さい。

ヒグアナイド系の薬剤（メディット、グリコラン、メルビン、ネルビス、メトホルミン、メトリオン、ブホルミン、ジベトス、ジベトン）

*担当医師の指示にしたがって、内服の一時中止が必要となります。

4. 心臓病、腎臓病などの病気がありますか。

なし

あり → 心臓病 高血圧 腎臓病 透析中 けいれん 多発性骨髄腫

重症甲状腺機能亢進症

ペースメーカーを埋め込んでいますか：はい いいえ

5. 女性だけお答え下さい：妊娠、授乳について

現在、妊娠していますか はい いいえ わからない

現在、授乳中ですか はい いいえ

※この問診票は、検査当日にご持参下さい。また、医師の判断で造影剤を使用しない場合がありますので、ご了承下さい。