

CT 造影検査問診票（院外用）

2024 年 11 月 改訂

紹介医療機関名 _____ 主治医名 _____

患者氏名 _____ 様 性別 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

検査名 CT MRI 胆道造影 尿路造影

検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

1. いままで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか

なし

あり CT 造影 ・ 腎臓検査 ・ MRI 検査 ・ その他 ()

その時、副作用はありましたか

なし

あり 発疹 ・ 吐き気 ・ 気分不良 ・ 息苦しさ ・ その他 ()

2. アレルギー体質や、アレルギー性の病気がありますか

なし

あり ぜんそく ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎

食品アレルギー（卵・そば・小麦・えび・かに・その他 ()

飲み薬・注射での副作用（薬品名 ()

その他 ()

3. 次の病気はありますか

心臓の病気（狭心症、不整脈など）

腎臓の病気

糖尿病（内服薬*： ()

*ビグアナイド系糖尿病薬は造影 CT 検査の場合、2 日前から検査後 2 日まで中止をお願いします

甲状腺の病気

その他 ()

4. 直近 (月 日) の BUN 値 (mg/l) CRE 値 (mg/l)

この用紙を 2 部コピー後、原本を貴院カルテに保存してください

コピーの 1 部を患者へ渡し、もう 1 部は紹介状と同意書とともに当院に提出してください