

CT検査問診票

1. 造影CT検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

①薬、食べ物にアレルギー反応はありますか

〔 ・ はい(かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他 ()) ・ いいえ ・ 不明〕

②アレルギー性の病気がありますか

〔 ・ はい(アトピー性疾患、じんま疹、花粉症、その他 ()) ・ いいえ ・ 不明〕

③喘息がありますか

〔 ・ はい(治療中・治療していない) ・ いいえ ・ 不明〕

④過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか

〔 ・ はい(MR、CT、心臓カテーテル、血管、尿路、胆嚢、その他 ()) ・ いいえ ・ 不明〕

※「はい」の方にお聞きます。造影剤による副作用はありましたか

〔 ・ はい(嘔気、嘔吐、発疹、呼吸困難、胸痛、冷汗、脱力、血圧低下、意識消失、
その他 ()) ・ いいえ ・ 不明〕

⑤両親、兄弟等で①～③に該当する体質、病気の方はいますか

〔 ・ はい(続柄: 内容:) ・ いいえ ・ 不明〕

⑥腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか

〔 ・ はい(治療中・治療していない) ・ いいえ ・ 不明〕

⑦心臓の病気がありますか

〔 ・ はい(治療中・治療していない) ・ いいえ ・ 不明〕

⑧糖尿病の薬を飲んでいますか

・ はい ・ いいえ

⑨甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞種のいずれかの
病気で治療を受けたことがありますか

〔 ・ はい(具体的に) ・ いいえ〕

2. 体内の金属類についてお聞きます。

・心臓ペースメーカーを使用している

・ はい ・ いいえ

・その他の金属類が体内にある

・ はい(内容:) ・ いいえ

3. 患者さまの安全確保のためにお聞きます。

・妊娠している(妊娠の可能性がある)

・ はい(妊娠 ヶ月) ・ いいえ

ID _____

氏名 _____

身長 _____

体重 _____

検査予定日 年 月 日

記載日 年 月 日