

ヨード造影剤検査 問診票

放射線科 チェック欄

病院名

患者氏名
生年月日

性別

検査予定日 年 月 日 時 分
検査名 CT 腎尿路系 胆道系 関節・脊髄造影
血管撮影 その他 []

あなたが受けられる検査では、ヨード造影剤という薬を用います（静脈注射です）
これは安全な薬ですが、稀に薬に過敏な方がおられますので以下の質問に記入し、お答え下さい

上記の氏名・生年月日が間違っていないか？ 体重を記入し、確認のサインをお願いします。

記入者は以下の該当する項目の□にチェックを入れてください

- 本人 親族・・・本人との続柄（ ）
その他・・・本人との関係（ ）
本人への問診不可能な理由：意識状態不良 緊急 乳幼児

患者氏名（ ） 体重（ kg）

※ ↑↑ 必ず記入して下さい ↑↑

1. ヨード造影剤を用いた検査を以前に受けた事がありますか？
ない ある（※の質問へ） 不明

※) ヨード造影剤を用いた検査で異常を感じた事がありますか？

- ない 不明
ある→検査名（ ） いつ頃（ ）
異常の内容：発疹 発赤 血圧低下 その他（ ）

2. 薬剤の服用で、発疹・じんましん等、異常が起きたことがありますか？

- ない 不明
ある→薬品名（ ） いつ頃（ ）
異常の内容：発疹 じんましん 血圧低下 その他（ ）

3. 気管支喘息の既往がありますか？

- ない
ある いつ頃（ ）

4. 女性のみお答え下さい

- 現在、妊娠していますか？ いいえ はい わからない

ヨード造影剤を使用する検査の依頼医師は、上記項目の確認後サインをお願いします

問診日 年 月 日 確認医師 []
静岡市立清水病院