

CT 問診票記入方法

造影検査を受ける方は、検査前の問診票の記入を必ずお願いいたします。

《問診票》造影剤検査をうけられる方へ

平成 年 月 日
氏名 _____ 体重 kg _____

該当項目に☑をし、必要項目に記入・○をお願い致します。また、**体重も漏れなく記入ください。**

患者様記入不要欄	
技師	看護師
CRE ()	
造影剤量 (ml)	

- 同意書の説明を読みましたか
 はい いいえ
- これまで造影剤を注射して検査を受けたことがありますか
 ある (CT・MRI・腎臓・血管・その他:)
 なし わからない
※あると答えられた方へ
 検査中または帰宅後に具合が悪くなったことがありますか
 ある (発疹・じんま疹・吐き気・その他:)
 なし わからない
- これまでに飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか
 ある (かぜ薬・解熱剤・痛み止め・抗生剤・その他:)
 なし わからない
- アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか
 ある (アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・アルコール消毒・その他:)
 なし わからない
- 気管支喘息についてお尋ねします
 現在、気管支喘息といわれている
 過去、気管支喘息といわれたことがある (何年前ですか: _____ 年前)
 いわれたことがない
- これまでに腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか
 ある なし わからない
- 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病) といわれたことがありますか
 ある なし わからない
※あると答えられた方、内服している薬品名を教えてください (品名 _____)
- マクログロブリン血症といわれたことがありますか
 ある なし わからない
- 糖尿病といわれたことがありますか
 ある なし わからない
※あると答えられた方、内服している薬品名を教えてください (品名 _____)
- 現在、妊娠または授乳をしています
 はい (妊娠・授乳)
 いいえ わからない
- 最後に食事した時間をお書きください
 (昨日・本日) (午前・午後) 時 _____ 分頃

水戸赤十字病院 放射線科
26.1 10,000 ©

日付・氏名・体重をご記入ください。

これまで造影剤による体調不良のご経験をお聞きする欄です。該当の方は内容を詳細に記載願います。

気管支喘息歴をお聞きする欄です。該当の方は年数までご記載願います。

甲状腺機能亢進症歴をお聞きする欄です。該当の方は、お薬手帳等を確認し内服薬品名を必ずご記入ください。

糖尿病歴をお聞きする欄です。該当の方は、お薬手帳等を確認し内服薬品名を必ずご記入ください。お薬によっては処方医にお問い合わせの上、休薬の許可をもらってください。

造影剤の検査を受けられる患者様へ

下記の糖尿病の薬をお飲みの方は造影剤使用

検査前と検査後 48 時間

は内服を中止する必要があります。

(腎臓の機能が悪い方は主治医に検査前の休薬期間を確認して下さい。)

※ 他の病院で処方を受けている方は必ず主治医の許可を受けて下さい。

ビグアナイド系製剤

- メトグルコ錠 (250mg) (500mg)
- メタクト配合錠 (LD)、(HD)
- メトホルミン塩酸塩錠 250mg 「トーワ」、「JG」
- グリコラン錠 250mg ネルピス錠 250mg
- メデット錠 250mg メトリオン錠 250
- ジベトンS 腸溶錠 50mg ジベトス錠 50mg

【内服スケジュール】

- 検査日 (月 日)
- 内服中止 (月 日) 朝 昼 夜 より
- 内服再開 (月 日) 朝 昼 夜 より

ご不明な点がございましたら、診療科へお問い合わせ下さい

2014年4月 水戸赤十字病院 放射線科