

造影検査を受けられる方へ(問診票)

令和 年 月 日 患者様氏名 様

- ① 今まで造影検査を受けたことがありますか？
 あり なし
内容(CT MRI 血管造影 腎臓・膀胱検査 その他[])
- ② ①であると答えられた方へ、帰宅後も含めて副作用はありましたか？
 あり なし
内容(吐き気 蕁麻疹^{じんましん} 嘔吐^{おうと} その他[])
- ③ 今まで薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
 あり なし
内容()
- ④ 今まで甲状腺や心臓・腎臓の病気あるいは働きが悪いと言われたことがありますか？
 あり なし
内容(腎不全 その他[])
- ⑤ 糖尿病ジベトス錠、時ベストS腸溶錠、グルコラン錠、メタクト合錠(LD/HD)、メデット錠、メトグルコ錠、メトホルミン塩酸塩錠、メトリオン錠、メルビン錠、ネルビス錠)を服用していますか？
 あり なし
内容()
- ⑥ 今まで喘息^{ぜんそく}と言われたことがありますか？
 あり なし
- ⑦ 現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？
 あり なし わからない