

ヨード造影剤使用検査に関する問診票

患者氏名
生年月日

【患者様記入欄】

副作用の発生の危険性を予知し、また効果的な対策をとるために下記の質問にお答えください。

1	ヨード造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？ CT検査、腎臓検査、胆のう検査、すい臓検査、血管造影検査	・あり ・なし
2	質問1で『ある』と答えられた方へ その時副作用はありましたか？ じんま疹、吐き気、嘔吐、その他()	・あり ・なし
3	ヨード過敏症と言われたことがありますか？	・あり ・なし
4	気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ (時期)	・あり ・なし
5	腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？ (時期)	・あり ・なし
6	次の病気のうち、かかったことのあるものを○で囲ってください。 ・重篤な心疾患(心筋梗塞など) ・甲状腺機能亢進症(バセドウ病) ・重篤な肝障害 ・骨髄腫(こつずいしゅ) ・褐色細胞腫(かつしよくさいぼうしゅ) ・マクログロブリン血症	
7	アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？ (具体的に)	・あり ・なし
8	薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ (具体的に)	・あり ・なし
9	心臓（循環器）の薬としてβブロッカーを服用していますか？ (薬品名)	・あり ・なし
10	経口糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか？ 薬品名()内服中止日()内服再開日()	・あり ・なし
11	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

9, 10 の薬についてわからない場合は主治医にお尋ね下さい。

【主治医記入欄】

造影剤使用検査を受けられるすべての患者様について問診票確認の上、必ず下記の項目を記入して下さい。

質問3:禁忌 質問4, 5, 6:原則禁忌 注意して下さい。

3ヶ月以内のeGFRの数値：eGFR(ml/min/1.73 m²)：検査日 年 月 日

eGFR 記入の場合、CRE、BUN の記入不要

eGFR 値 30～60：必要性考慮 eGFR 値 30：原則禁忌

3ヶ月以内のCRE、BUNの数値:CRE(mg/dℓ) BUN(mg/dℓ)：検査日 年 月 日

CRE 値 1.5mg/dℓ以上は原則禁忌です。

・主治医サイン _____ ㊟ _____ ・放射線科医確認サイン _____