

造影検査を受けられる患者様へ

造影検査を行うにあたり、今日までのあなたの体の状態を教えてください。下記の項目にお答えください。該当するものを○で囲んでください。

お名前 _____ (_____ 才) (男・女) _____ 体重 _____ kg

- ① 本日の造影検査について主治医から説明を受けましたか（検査の必要性など）。
(はい・いいえ・わからない)
- ② 以前に造影検査を受けたことがありますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ③ ②で「はい」と答えられた方にお尋ねします。
造影剤を注射した時、吐き気・気分不良・湿疹・かゆみ等がありましたか。
(はい・いいえ・わからない)
- ④ ③で「はい」と答えられた方にお尋ねします。その内容をお書きください。
いつ頃(検査中・検査直後・数時間後・数日後・その他: _____)
症状(_____)
- ⑤ 絶食していますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑥ 心臓が悪いと言われたことがありますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑦ 腎臓が悪いと言われたことがありますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑧ 機能障害（マヒ・耳が遠い）がありますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑨ アレルギーはありますか。
(はい・いいえ・わからない)
(気管支喘息・食べ物・薬・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎)
- ⑩ エビやカニを摂取してアレルギーはでますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑪ 甲状腺の病気で現在治療をしていますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑫ 糖尿病で現在薬を飲んでいますか。(メホルシ、メグルロなど) (はい・いいえ・わからない)
- ⑬ ペースメーカーを入れていますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑭ ⑬で「はい」と答えられた方にお尋ねします。
ペースメーカーの種類はわかりますか。
(はい・いいえ・わからない)
ペースメーカーを入れてからCT検査を受けた事がありますか。(はい・いいえ・わからない)
- ⑮ 現在、妊娠または授乳をしていますか。
(はい・いいえ・わからない)
- ⑯ 本日の体調はいかがですか。
(特に問題ない・やや悪い・悪い)
- ⑰ その他、何かご不明な点、ご要望などありましたらご記入ください。

* 造影剤とは、検査する部位（臓器）をより詳しく調べることを目的に使用する薬剤です。
副作用は極めて少ない薬ですが、検査中に気分が悪くなった場合は、必ずお知らせ下さい。

* 検査は予約制ですが、急患等によりお待たせすることがありますのでご了承ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 _____

ナースサイン _____