

延岡共立病院記入欄		確認者
患者ID		

フリガナ	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日	T S H R 年 月 日
造影検査日	年 月 日

紹介元	
施設名	
採血日	年 月 日
BUN	mg/dL
CRE	mg/dL
e-GFR	ml/分/1.73m <sup>2</sup>

検査種	<input type="radio"/> CT検査
	<input type="radio"/> MRI検査

問診者

## 造影検査問診票（紹介用）

- 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。  
 はい  いいえ
1. で「はい」と答えられた方はどのような検査を受けられましたか。  
 CT検査  MRI検査  血管造影検査  腎尿路造影検査  胆管胆嚢造影検査  
 その他（ ）
- 造影検査を受けたことがある方にお尋ね致します。  
そのとき何か副作用がありましたか。  
 はい  いいえ
3. で「はい」と答えられた方はどのような副作用でしたか。  
 じんま疹  吐き気  その他（ ）
- ぜんそくやアレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか  
 はい  いいえ
5. で「はい」と答えられた方はどのようなものですか。  
 ぜんそく（現在治療中・未治療）  じんま疹  アトピー  アレルギー性鼻炎  花粉症  
 飲み薬・注射薬での副作用（お薬のお名前： ）  
 食べ物によるアレルギー（食べ物のお名前： ）
- 何か持病や今までに受けられた手術があればご記入下さい。  
 はい  いいえ  
（ ）
- 現在治療中の病気がありますか。  
 はい  いいえ
8. 「はい」と答えられた方はどのようなご病気ですか？  
 心臓の病気（心不全・狭心症）  腎臓の病気（腎不全など）  甲状腺機能亢進症  
 ぜんそく  褐色細胞腫  その他（ ）
10. 糖尿病のお薬を飲まれていますか？  
 はい  いいえ  
（お薬のお名前： ）
11. 体 重 （ ） k g

問診の結果の問題はありません。

年 月 日 医師名： \_\_\_\_\_

