

# 造影検査前問診票

登録番号		所 属	
氏 名		主 治 医	
		検 査 日	年 月 日
生年月日		看護師サイン	
		造 影 剤	
身長	cm	体重	kg
		ライン確保	パワーポート・末梢

1. 下記の疾患がありましたら○印をして下さい。

- ( ) 心疾患 (治療中・治療なし)
- ( ) 喘息 (治療中・治療なし)
- ( ) 緑内障 (治療中・治療なし)
- ( ) 高血圧症 (治療中・治療なし)
- ( ) 糖尿病 (内服・インスリン)
- ( ) 前立腺肥大症
- ( ) ヨード過敏症

2. 検査で造影剤を使用したことがありますか。

- ( ) ある
- ( ) ない
- ( ) わからない

3. 薬や食品で皮膚に発疹や、じん麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。

- ( ) ある
- ( ) ない

①「ある」場合は、あてはまるところに○印をつけて下さい。

そのものが分かっている場合は、それを〔 〕に書いて下さい。

- ( ) 飲み薬 [ ]
- ( ) 注 射 [ ]
- ( ) 食 品 [ ]

②どのように具合が悪くなりましたか。あてはまるところに○をつけて下さい。

- ( ) 皮疹
- ( ) じん麻疹
- ( ) 血圧低下
- ( ) 息苦しかった
- ( ) 気が遠くなった
- ( ) その他 [ ]

4. その他 (患者さん自身の状況等)