

(地域連携用)

造影剤使用チェックリスト

ふりがな

氏名 様

生年月日
(M・T・S・H) 年 月 日

問診日 年 月 日

問診者

身長 cm 体重 kg

・ 各項目 無または有に○印を、有の場合、詳細の記入をお願いします。

1. 薬物の過敏 無 ・ 有

(造影剤を含む)

2. 食物の過敏 無 ・ 有

3. アレルギー体質 無 ・ 有

喘息 ・ 花粉症(鼻炎) ・ アトピー体質

有の場合 → 現在治療中 ・ 現在治療していない

4. 甲状腺の疾患 無 ・ 有

5. 腎臓の疾患 無 ・ 有

6. 右記の疾患 無 ・ 有

(造影時注意が必要な疾患の有無)

緑内障 ・ 心疾患 ・ 前立腺肥大症 ・ 糖尿病

7. 妊娠 無 ・ 有

8. 常用薬 無 ・ 有

9. 造影剤使用歴 無 ・ 有

年 月

岩手県立久慈病院・放射線