**造影検査問診票(地域連携検査用)**

桑名市総合医療センター

氏名: 生年月日:

1) いままでに下記病気にかかったことがありますか。

1. 腎臓病
2. 糖尿病
3. 心臓病
4. 花粉症
5. アトピー性皮膚炎
6. アレルギー性鼻炎
7. じんましん
8. 喘息
9. 上記疾患はない

2) 今までに薬や注射によって、じんましんがでたり、気分が悪くなったことがありますか。

【ある・ない】

その薬の名前がわかりましたら教えて下さい。( )

3) これまで造影剤を注射する検査を受けたことがありますか。

【ある　・　ない】

◆その検査中、またはその後に次のような症状がでましたか。

【ある　・　ない】

『ある』に○をされた方はその症状を教えて下さい。

1. じんましん

2. 発疹

3. のどの不快感

4. くしゃみ

5.せき

6.はき気

7.おう吐 ( はく )

8.息苦しさ

9.血圧低下

10.意識障害

11.その他 (　　　　　　　　　)

4) (女性の方のみ)現在、妊娠中又は妊娠をされている可能性がありますか。

【はい　いいえ】

5) 糖尿病で治療中の方におたずねします。メトホルミン(メトグルコなど) を飲まれていますか。【はい　いいえ　分からない】

以上の質問にお答えいただけましたら、下の御署名をお願いします。

上記問診に間違いありません。

御署名　　　　　　　　　　　　　　　　　問診日　　　　年　　　月　　　日

**主治医記入欄**

腎機能(eGFR /ml/min)　　心機能(良好　　　不良　　　　不明)

造影検査を　　　①　施行可　　②　施行不可　　③　指示事項（　　　　　　　　）

指示日：　　　年　　月　　日　　医師署名