MRI造影検査問診票

記入年月日：　　診療科：　　科

検 査 名 ：

患者氏名：　　殿　　年 齢：　　歳　体 重：　　Kg

造影剤によるショック・副作用発生を防止する為、患者様に問診を行なっています。
下の質問について（□はい、□いいえ）のどちらかの□に印をつけてお答えください。

Ⅰ

1、喘息はありますか？　（□はい □いいえ ）

2、食べ物によって蕁麻疹がでることがありますか？
（□はい（　　）□いいえ ）

3、アレルギーと言われたことがありますか？
（□はい（　　）□いいえ ）

4、甲状腺機能亢進症（バセドー氏病）と言われたことがありますか？　（□はい □いいえ ）

5、今までに腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？（□はい □いいえ ）

6、女性の方にお聞きします。
妊娠または妊娠の可能性はありますか、あるいは授乳中ですか？　（□はい　□いいえ）

Ⅱ　今までに注射を受けたり薬を飲んだりした後、気分が悪くなったことがありますか？
（□はい □いいえ ）

Ⅲ　今までに血管に注射をしてレントゲン写真を撮るような検査を受けたことがありますか？
（□はい □いいえ ）

はい、と答えた方にお聞きします

1、蕁麻疹がでましたか？　（□はい □いいえ ）

2、気分が悪くなりましたか？　（□はい □いいえ ）

3、気が遠くなりましたか？　（□はい □いいえ ）

4、その他、体の具合が悪くなりましたか？　（□はい □いいえ ）

Ⅳ　あなたの両親、兄弟（姉妹）の方に気管支喘息、蕁麻疹、発疹などのアレルギーを起こし易い体質の方はおられますか？　（□はい □いいえ ）

はい、と答えた方、あなたとの関係は？
父　母　兄　弟　姉　妹　その他（具体的に）

判 定	造影　□ＯＫ　□ＮＯ
	Ｄｒサイン