

# 造影剤検査の説明・問診票（院外用）

問診日 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

検査当日落合病院にて再度問診を行います。  
安全な検査を行うために事前に確認をお願いします。

今回実施する検査では、造影剤を使用することがあります。  
造影剤を使用することにより、新たな病変を見つけたり、病変が明瞭となることで病変の性質について詳しく検査ができます。これにより正確な診断が可能となります。

造影剤は注射で血管から体内に注入します。この際に副反応として熱感を伴う方がおられますが一時的なものであり心配する必要はございません。この造影剤の副作用として100人に1人程度の頻度で吐き気、嘔吐、くしゃみ、蕁麻疹等、更にごくまれ（CT造影剤では2500人に1人、MRI造影剤では5万人に1人程度）で呼吸困難、血圧低下、全身のむくみ等の重篤な過敏反応が起こることがあります。

これらの副作用が発生した際に早急に対応ができるよう準備は整えていますが、安全に検査を行うために以下の質問にお答えください。

1. 今までに造影剤を用いて検査を行ったことがありますか？

なし あり

①ありの方は、それはいつ、どこで、どのような検査ですか？

( \_\_\_\_\_ )

②検査中・検査後に何らかの症状がありましたか？

なし あり 嘔気・嘔吐・咳・くしゃみ・蕁麻疹・呼吸困難・血圧低下・その他

③症状に対して特別な処置をうけましたか？

( \_\_\_\_\_ )

2. 飲み薬や注射、食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり

3. メトホルミン製剤（糖尿病治療薬）を服用されていますか？

なし あり 薬剤名：メトグルコ・エクメット・イニシンク・メタクト・その他

※ありの場合は休薬等必要な可能性がありますので処方されている医師にご相談ください。

4. 喘息や蕁麻疹、アトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患がありますか？

なし あり

5. 現在、心臓・腎臓・甲状腺の病気がありますか？

なし あり 内容：

※ご不明点や気になる点がございましたら医師・看護師にご確認をお願いします。

腎機能： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 eGFR \_\_\_\_\_

造影剤の使用  可  不可 問診確認医師 \_\_\_\_\_