

# ヨード造影剤使用に関する問診票

- 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 腎機能 eGFR 値 \_\_\_\_\_ ml/分 ( Cr 値 \_\_\_\_\_ mg/dℓ )  
(採血日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 造影検査日から3ヶ月以内)

1. ヨード造影剤を使用して検査を受けたことがありますか？  
なし あり ( CT 血管造影 尿路造影 その他 )

## その時、何か異常はありましたか？

- なし あり ( 発疹 (かゆみ) 吐き気 嘔吐 頭痛  
くしゃみ 息苦しさ 血圧低下 その他 )

2. 今までに喘息と言われたことがありますか？  
なし あり ( 現在治療中 現在は治っている )

3. アレルギー体質はありますか？  
なし あり ( 薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )  
アトピー性皮膚炎 花粉症 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

4. 糖尿病の薬を飲んでいますか？  
なし あり ( 薬剤名 \_\_\_\_\_ )  
ありの場合 ビグアナイド系の薬剤の有無 なし あり

5. 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことはありますか？  
なし あり ( 病名 \_\_\_\_\_ )

6. 甲状腺の病気と診断されたことはありますか？  
なし あり ( 病名 \_\_\_\_\_ )

7. 心臓病と診断されたことはありますか？  
なし あり ( 病名 \_\_\_\_\_ )

8. 女性のみにお尋ねします。  
現在妊娠している、またはその可能性がありますか？  
はい いいえ  
現在授乳中ですか？  
はい いいえ