

造影MRI検査 問診票

1, 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

いいえ はい → CT・MRI・血管造影・その他 ()

2, 1で「はい」の場合、その時に副作用はありましたか？

いいえ はい → 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、
その他 ()

3, 今までにぜんそくと言われたことがありますか？

いいえ はい → 喘息治癒後 発作なし
喘息治癒後 発作あり (最後の発作 歳頃)

4, アレルギー体質、アレルギー性の疾患はありますか？

いいえ はい → じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
薬のアレルギー ()
食物のアレルギー ()
その他 ()

5, 現在透析中ですか？

いいえ はい

6, 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？

いいえ はい → 具体的に ()

7, 次の疾患と言われたことがありますか？

いいえ はい → 心臓病、肝臓病、甲状腺の病気、マクログロブリン血症
多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫

8, 体重をお書きください。(造影剤の使用量を決定するため)

(Kg)

9, 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい

11, 現在、授乳中ですか？

いいえ はい

ご署名：