

造影検査問診票

氏名： _____ 様 検査日時： _____年____月____日____時____分
生年月日： _____年____月____日生 貴院名 _____
年齢： _____歳 性別： M ・ F 説明医師 _____

【 医師・看護師 記入欄 】

血清クレアチニンの値から eGFR(糸球体ろ過量)をご確認ください。
eGFR<60 の場合、当院では造影検査をお受けすることができません。
安全な検査遂行のためご理解ください。

血清クレアチニン値 () mg/dl

別紙換算表から得られる eGFR 値 () ml/min./1.73 m²

*不明な点はお電話にてお問い合わせください。

【 患者様記入欄 】

造影検査をできるだけ安全確実に行うため、以下の質問にお答えください。

1. 体重 () kg ※造影剤の量を決定しますので、必ず記入してください。

2. 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？

なし

あり

胃造影検査・大腸小腸造影検査・造影CT検査・造影MRI検査
腎尿路造影検査・胆嚢胆管造影検査・血管造影検査（カテーテル検査）



そのとき、何か副作用がありましたか？

なし

あり（発疹・吐き気・ _____）

3. 喘息はないですか？

なし

あり → 喘息の方への造影剤の使用は原則禁忌となっております。

大変申し訳ありませんが当院では検査をお受けすることができません。

4. 糖尿病の薬を服用していますか？

なし

あり（薬品名： _____）

*ビグアナイド系糖尿病薬を服用している方は検査当日、検査後 48 時間は服用を中止してください。（造影CT検査に限る）

5. 何か持病や手術を受けたことはありますか？また不明な点がありますか？

なし

あり（ _____ ）

記入日 _____年____月____日

記入者氏名 _____様

《代理》続柄 _____