

## 造影剤 アレルギー問診表 (ヨード系造影剤・MRI用造影剤)

氏名

検査名

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 検査予定日 H 年 月 日

今までに造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか?

なし  あり

その際に、副作用はありましたか?

なし  あり 詳細:( )

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、治療中ですか?

いいえ  はい 治療内容:( )

3. アレルギー体質・アレルギー性の病気(アトピー、蕁麻疹、鼻炎・皮膚炎等)がありますか?

なし  あり

アレルギーの原因(薬剤や食物等):( )

症状:( )

4. 心臓、肝臓、腎臓、副腎の病気、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、痙攣・てんかん等がありますか?

なし  あり 詳細:( )

5. 近親者(血縁関係のある方)で、喘息や重篤なアレルギーのある方はいらっしゃいますか?

なし  あり 詳細:( )

6. 糖尿病と言われたことがありますか?

なし  あり

内服治療中ですか?

いいえ  はい 薬剤名:( )

ビグアナイド系の場合2日間服用を中止されていますか?

はい  いいえ

7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか?

なし  あり  わからない

\* 造影MRI検査で肝臓造影の際に、鉄製剤(フェリデックス/リゾピスト注)を使用する場合のみお答えください。

貧血治療で鉄剤投与中ですか?または、ヘモクロマトーシスや発作性夜間血色素尿症、出血中や出血しやすいと言われたことがありますか?

なし  あり 詳細:( )