

## 心臓造影CT検査 予約票・問診票

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才（男・女）

検査日時

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ） \_\_\_\_\_ :

 食事は**3時間前**から控えて下さい。 検査ご予約の**2時間前**までに患者支援センター受付へご来院下さい。 検査当日までに問診票をご記入の上、お持ち下さい。

1. 今までに造影剤を使って検査を受けたことがありますか (はい・いいえ)  
「はい」とお答えの方、その時に副作用はありましたか (はい・いいえ)  
どのような副作用ですか (くしゃみ・吐き気・その他：\_\_\_\_\_)
2. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか (はい・いいえ)
3. 内服薬（点滴）で発疹、じんま疹、悪心等の副作用を起こしたことがありますか (はい・いいえ)  
( 具体的に \_\_\_\_\_ )
4. 腎臓が悪いと言われたことがありますか (はい・いいえ)
5. 甲状腺の病気で以前に治療した経験、または治療をしていますか (はい・いいえ)
6. 喘息で以前に治療した経験、または治療をしていますか (はい・いいえ)
7. 現在、糖尿病で内服治療をしていますか (はい・いいえ)
8. 女性の方、妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ)