

患者番号		記載日	
患者氏名		診療科	
生年月日		性別 男・女	記載者名

1. 今までに造影剤を注射または点滴して検査を受けたことはありますか？ □はい □いいえ  
“はい”の方へ 検査の種類は何ですか？  
 ( MRI CT 尿路造影 胆道造影 血管造影 その他\_\_\_\_\_ )
  
2. 1. で “はい” の方へ その時、帰宅後も含めて体に異常は起きましたか？ □はい □いいえ  
“はい”の方へ どんな異常でしたか？  
 ( 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他\_\_\_\_\_ )
  
3. 喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？ □はい □いいえ  
“はい”の方へ 現在、治療中ですか？  
 ( 治療中 治療中でない )
  
4. 今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？ □はい □いいえ  
“はい”の方へ アレルギーを起こすと考えられる薬や食べ物をお書きください  
 ( \_\_\_\_\_ )
  
5. アレルギー性の病気がありますか？ □はい □いいえ  
“はい”の方へ それは何ですか？  
 ( じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 その他\_\_\_\_\_ )
  
6. 腎臓のはたらきが悪いといわれたことはありますか？ □はい □いいえ
  
7. 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
  
8. 体内に電子機器（ペースメーカーなど）や金属はありますか？ □はい □いいえ
  
9. 造影剤の量を決めるため、体重をお書きください \_\_\_\_\_ k g

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者（患者自署） \_\_\_\_\_