

ID	:	問診日	月	日		
フリガナ	:	検査予定日①	月	日	CT RI	MRI
氏名	:	検査予定日②	月	日	CT RI	MRI
生年月日	:	看護師サイン				

身長                      cm      体重                      kg

気管支喘息と診断されたことはありますか？	いいえ	はい	
甲状腺・腎臓・心臓・肝臓が悪いと言われたことがありますか？	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓
			病名[ ]
点滴の使用が禁止されている四肢はありますか？ （シャント・手術による使用禁止等）	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 右手(R) <input type="checkbox"/> 左手(L) <input type="checkbox"/> その他(                      )

造影剤を使用して、何か異常が出現したことがありますか？	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 発疹・発赤 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ
○上記の質問で“はい”の方のみご記載下さい その時、処置を受けましたか？	いいえ	はい	処置[ ]	

糖尿病薬（血糖を下げる薬）を飲んでいますか？	いいえ	はい	※種類によっては、休薬の指示をお伝えする場合があります
------------------------	-----	----	-----------------------------

妊娠の可能性はありますか？	いいえ	はい	
現在、授乳中ですか？	いいえ	はい	