

## 4. 問診票

ヨードもしくはガドリニウム造影剤を用いた検査を依頼する際に紹介医師が記入

### ヨード造影剤の投与に際して

1. ヨード造影剤に対する中等度または重度の反応の既往  
..... はい いいえ
2. 治療を要するアレルギーの既往..... はい いいえ
3. 喘息の既往..... はい いいえ
4. 甲状腺機能亢進症..... はい いいえ
5. 心不全..... はい いいえ
6. 糖尿病..... はい いいえ
7. 腎疾患の既往..... はい いいえ
8. 腎手術の既往..... はい いいえ
9. 蛋白尿の既往..... はい いいえ
10. 高血圧..... はい いいえ
11. 痛風..... はい いいえ
12. 直近の血清クレアチニン値  
・測定値.....  
・測定日.....
13. 現在、患者は以下の薬剤の投与を受けていますか。  
・メトホルミン..... はい いいえ  
・インターロイキン-2..... はい いいえ  
・非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID)..... はい いいえ  
・アミノグリコシド系薬..... はい いいえ  
・ $\beta$ 遮断薬..... はい いいえ

記入者 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_