

患者氏名：

患者 ID：

CT造影或尿路造影检查【问诊表】/造影剤を用いるCT検査または尿路造影 問診票

患者姓名/ 患者氏名	日期/ 日付	年 月 日 / 年 / 月 / 日
出生日期/ 生年月日	年/年 月/月 日/日	性别/ 性別 <input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
患者 ID/ 患者 ID	年齢/ 年齢	周岁/ 歳

在 CT 造影或尿路造影检查前确认您的身体状况。请在知道的范围内回答下列提问。

/ 造影剤を用いる CT 検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

请在符合的项目上打勾。/ あてはまるものにチェックしてください。

1. 您以前有没有做过使用造影剂（注射/点滴）的检查？

/ 今まで、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？

- 有/ あり→ CT 检查/ CT検査 尿路造影/ 尿路造影 肝胆道造影/ 肝道造影
血管造影/ 血管造影 MRI 检查/ MRI検査
无/ なし

2. 那时有无出现不良反应？ / その時、副作用はありましたか？

- 有/ あり→ 皮疹/ 発疹 瘙痒/ かゆみ 恶心/ 吐き気
呕吐/ 嘔吐 头痛/ 頭痛 其他/ その他（ ）
无/ なし

3. 您有无因口服或注射药物而引起身体不适的情况？ / 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

- 有/ あり→ 请写下具体内容/ 具体的にお書き下さい：
无/ なし

4. 您以前有没有被诊断为哮喘病？ / 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- 有/あり→ 请写下具体内容/ 具体的にお書き下さい：
无/なし

5. 您有没有过敏体质、过敏性疾病？ / アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- 有/ あり→ 荨麻疹/ じんましん 过敏性皮炎/ アトピー性皮膚炎 过敏鼻炎/ アレルギー性鼻炎
药物过敏/ 薬のアレルギー（過敏的薬剤是/ 薬剤名）
食物过敏/ 食物のアレルギー（過敏的食物是/ 食物名）
其他/ その他（ ）
无/ なし

6. 您以前有没有被诊断为肾功能不好（肾功能不全等）？

/ 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

- 有/ あり→ 请写下具体内容/ 具体的にお書き下さい：
无/ なし

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

7. 您以前有没有被诊断为下列疾病：甲状腺功能亢进症（巴塞杜氏病）、骨髓瘤、巨球蛋白血症、手足搐搦症、嗜铬细胞瘤？

/ 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髓腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか？

 有/ あり → 请写下具体内容/ 具体的にお書き下さい： 无/ なし**8. 您有没有在服用糖尿病的药？ / 糖尿病の薬を飲んでいますか？**

*服用双胍类降糖药的患者需要一定的停药期。

/ ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

 有/ あり → 药名/ 薬剤名： 无/ なし**9. 您的体重是多少。 / 体重をお書きください。**

(公斤/ kg)

10. 您现在是否妊娠中或有可能妊娠？ / 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ 是/ あり 否/ なし 不清楚/ わからない

*可能会根据检查医生、放射科医生的判断取消造影剂的使用，敬请知悉。

/ 検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。