

患者氏名：
患者ID：

CT增强检查 问诊表 / 造影CT検査 問診票

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

在使用造影剂的检查前，需要确认您的身体情况。请回答下列问题。
/造影剂を用いる検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。以下の質問に答えてください。

请在符合的项目上划勾。/あてはまるものにチェックしてください。

1. 到目前为止，是否接受过使用造影剂（注射/点滴）的检查？
/今まで、造影剂（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか。

- 否/いいえ
是/はい
- CT检查/CT検査 尿路造影/尿路造影
胆道造影/胆道造影 血管造影/血管造影
MRI检查/MRI検査
其他的造影检查/その他の造影検査：

2. 那时是否有过不良反应？/その時、副作用はありましたか。

- 否/いいえ
是/はい
- 发疹/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()

3. 是否有过因口服药或注射药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。

- 否/いいえ
是/はい
药物名称/薬品名：

4. 以前是否被诊断过哮喘？/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

- 否/いいえ
是/はい

5. 是否属于过敏体质，或有过敏性疾病？/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

- 否/いいえ
是/はい
- 荨麻疹/じんましん
特异性皮炎/アトピー性皮膚炎
过敏性鼻炎/アレルギー性鼻炎
药物过敏/薬のアレルギー（药剂名称/薬剤名）
食物过敏/食物のアレルギー（食物名称/食物名）
其他/その他()

患者氏名：
患者ID：

6. 是否被诊断过肾功能衰竭（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。

否/いいえ

是/はい

7. 是否被诊断过下列的某种疾病？

甲状腺機能亢進症（バセドウ病等）、骨髄瘤、巨球蛋白血症、手足搐搦症、嗜铬细胞瘤

/甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）、骨髄腫、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。

否/いいえ

是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列符合的项目上划勾。

/「はい」に☑された方は、下記に当てはまるものに☑してください。

甲状腺機能亢進症（バセドウ病）/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

骨髄瘤/骨髄種

巨球蛋白血症/マクログロブリン血症

手足搐搦症/テタニー

嗜铬细胞瘤/褐色細胞腫

严重心脏疾病/重い心臓の病気

严重肝病/重い肝臓の病気

8. 是否在服用糖尿病的药？/糖尿病の薬を飲んでいますか。

※服用双胍类降糖药的患者，需要一段时间的停药期。

/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。

否/いいえ

是/はい

药物名称/薬品名：

9. 请填写您的体重/体重をお書きください。

(公斤/kg)

10. 目前是否在妊娠，或者有妊娠的可能？/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

否/いいえ

不知道/わからない

是/はい

周数/週数：

※根据检查医生、放射科医生的判断，也有可能不使用造影剂，请给予理解。

/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。