

問診票

【次の質問にお答えください】

- ・今までに造影剤（バリウム以外）を用いた検査を受けたことがありますか？
いいえ はい（検査名 _____）
- ・その時、副作用はありましたか？
いいえ はい（症状 _____）
- ・アレルギー体質である、またはアレルギー性の病気がありますか？
いいえ はい（病名 _____）
- ・喘息（ぜんそく）である、または過去に喘息と言われたことがありますか？
いいえ はい
- ・現在、妊娠中である。または妊娠している可能性がありますか？
いいえ はい わからない

ご記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____

医療法人社団医聖会
学研都市病院
電話(0774)98 - 2123