

**CT Contrast Injection Patient Questionnaire**  
**CT 検査造影剤注入のための患者用質問票**

Patient Name 氏名: \_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ Age 年齢: \_\_\_\_\_ Weight 体重: \_\_\_\_\_ Height 身長: \_\_\_\_\_ Sex 性別:  M 男性  F 女性

**What is the reason this exam was ordered? この検査のオーダーが出された理由は何ですか?**

**Yes No**

はい いいえ

1. Do you have any allergies to food or medicine? 食べ物または薬のアレルギーがありますか?  
If Yes, please list はいと答えた方は書き上げて下さい。:
- 
2. If you had a previous reaction to a contrast injection in CT or MRI, what kind of reaction did you have? 以前にCTまたはMRI検査の造影剤にアレルギー反応があったことがある場合、どの様な反応がありましたか? Describe reaction どの様な反応があったかを記述して下さい。:
- 
3. If you had a prior reaction to a contrast injection, have you been premedicated with a corticosteroid (such as prednisone or solumedrol)?  
以前の造影剤注入に反応が出たことがある方の場合、予防のために副腎皮質ステロイド剤 (プレドニゾンまたはソルメドロールなど) を検査前に投薬されたことがありますか?
4. Are you allergic to latex? ラテックスにアレルギー反応がありますか?
5. **Do you have diabetes? 糖尿病がありますか?**
6. If you have diabetes, are you on insulin? 糖尿病がある方の場合、インシュリン投薬していますか?
7. **Do you take pills for your diabetes? Check all that apply**  
糖尿病の薬をのんでいますか? その場合、該当するもの全てに印をして下さい。  
 *Metformin* メトホルミン-containing medication 薬を含む  other その他 \_\_\_\_\_
8. Do you have asthma, COPD, emphysema or other respiratory problems?  
ぜん息、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、肺気腫、または、その他の呼吸器系の問題がありますか?
9. If you have asthma, do you use an inhaler? ぜん息のある方は、吸入剤を使っていますか?
10. **Are you on hypertensive (high blood pressure) medication?**  
高血圧の薬を摂取していますか?
11. Have you ever been told that you have had heart failure?  
今までに心不全であると言われたことがありますか。
12. **Are you on any heart medication? 何か心臓の薬を摂取していますか。**  
**Please list 薬品名を書きあげて下さい。** \_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE	PRINT NAME	DATE
-------------------	------------	------

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**  
 Harborview Medical Center – UW Medical Center  
 University of Washington Physicians  
 Seattle, Washington

**CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE**

\*U2359\*

\*U2359\*

UH2359 REV JUL 10

Yes No  
はい いいえ

13. Do you have or have you ever had kidney problems in the past or present?  
現在、腎臓の問題がありますか？または、過去に腎臓の問題があったことがありますか？  
Check all that apply 該当するもの全てに印をして下さい：  
 kidney stones 腎臓結石  blood in urine 血尿  renal cancer 腎臓癌  kidney transplant 腎臓移植  
 kidney removal 腎臓切除  renal failure 腎不全  
 chronic use of NSAIDs: advil /naprosyn/ibuprofen  
非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID) の慢性使用：アドビル／ナプロシン／イブプロフェン
14. If you have kidney problems--Have you been premedicated with Mucomyst® (acetylcysteine)?  
腎臓に問題がある方の場合—ムコミスト® (アセチルシステイン) を検査前に投薬されたことがありますか？
15. Are you on dialysis? 透析をしていますか？
16. Female: Is there any possibility you could be pregnant?  
女性の方：妊娠している可能性がありますか？
17. Have you ever had a transplant? 今までに移植を受けたことがありますか？  
Are you being evaluated for a possible transplant? 移植のために適応評価を受けていますか？  
If yes, what kind? はいと答えた場合は、何の移植ですか？ \_\_\_\_\_
18. Have you had major surgery? 大きな手術を受けたことがありますか？  
If so, what type その場合は 何の手術ですか？ \_\_\_\_\_
19. Do you have a history of vascular surgery for Arteriosclerosis?  
動脈硬化症のために血管手術を受けた病歴がありますか？
20. Do you have Sickle Cell disease? 鎌状赤血球症がありますか？
21. Do you have Myeloma? 骨髄腫がありますが？
22. Do you have active Gout? 活性痛風がありますか？
23. Do you have Lupus? ループス (狼瘡) がありますか？
24. Are you taking multiple antibiotics? 複数の抗生剤を摂取していますか？

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**CONTRAST INJ PT QUESTIONNAIRE**

**\*U2359\***

\*U2359\*

UH2359 REV MAY 10

BACK