

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## DaTシンチグラフィ検査問診票

ID

様 検査日： 年 月 日

下記の質問についてお答えください。

1 今までにこの検査(DaTシンチ)をしたことがありますか？ ない ある  
「ある」の方で、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。

[ ]

2 以前に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ない ある  
「ある」の方で、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。

[ヨード造影剤・薬・食べ物など:]

3 アルコール綿で皮膚がかぶれますか？ ない ある

4 普段、お酒(アルコール類)は飲みますか？ ない ある

定期的に飲酒の機会があり、とくにアルコールに弱いということはない。

つきあい程度に飲むか、最近は全く飲まないが、とくにアルコールに弱くはない。

まったくお酒が飲めず、アルコールに弱い体質である。

5 検査に影響する可能性のある薬剤(下記)を服用していますか？ ない ある  
「ある」の場合、チェックしてください。

※ 「ある」の場合、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります、  
中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。

### 【薬剤名】

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> パキシル    | <input type="checkbox"/> リタリン    |
| <input type="checkbox"/> パキシルCR  | <input type="checkbox"/> アモキサン   |
| <input type="checkbox"/> デプロメール  | <input type="checkbox"/> サノレックス  |
| <input type="checkbox"/> ルボックス   | <input type="checkbox"/> コカイン塩酸塩 |
| <input type="checkbox"/> ジェイゾロフト | <input type="checkbox"/> ヒロポン    |
| <input type="checkbox"/> レクサプロ   |                                  |

6 重篤な肝障害や腎障害はありますか？ ない ある

7 現在妊娠またはその可能性がありますか？授乳中ですか？ ない ある

※ 当日の体調や問診により、検査を受けられない場合があります。

看護師	技師