

名前:

以下の項目にチェックを入れてください。ご不明の点をご連絡ください。

○ 歩行可能(自立・要介助) ○ 車いす ○ ストレッチャー
○ ベッド(当院入院中の方限定)

○ 無
○ あり（ MRSA 、 梅毒 、 HCV 、 HBs 、 その他())

①造影剤(ヨードなど)のアレルギー ○ 無 ○ あり
②アルコール消毒のアレルギー ○ 無 ○ あり

○ 特になし

○ 高血圧症 ○ 狭心症 ○ 心筋梗塞 ○ 不整脈 ○ 脳梗塞

○ 脳出血 ○ 糖尿病 ○ 緑内障 ○ 前立腺肥大 ○ 喘息

○ 甲状腺機能亢進症 ○ その他()

○ 無

○ あり（部位：_____）

○ 飲んでいない

○ 飲んでいる（薬剤名： ）

○ 今回が初めて

○ 2回目以上 ⇒ 前回受けた施設

○ AOI 名古屋病院

○ その他の病院()

⇒ 前回受けた日時

(年 月 日)