

แบบบันทึกการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อฉีดสารทึบรังสี  
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกลาง

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

HN. .... AN. .... ตึก ..... วันที่ซักประวัติ .....

1. ผู้ป่วยเคยแพ้สารทึบรังสีหรือไม่  ไม่แพ้  แพ้ สารทึบรังสีชื่อ .....

2. ผู้ป่วยเคยแพ้อาหารทะเลหรือไม่  ไม่แพ้  แพ้ ปลาทุ กุ้ง หอย ปู ปลาทะเล หมึก อื่นๆ.....

3. ผู้ป่วยเคยแพ้ยาหรือไม่  ไม่แพ้  แพ้ ยาชื่อ .....

4. ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

โรคหอบหืด  ไม่เป็น  เป็น

โรคภูมิแพ้  ไม่เป็น  เป็น

โรคหัวใจ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคเบาหวาน  ไม่เป็น  เป็น

โรคไตวาย  ไม่เป็น  เป็น

โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ  ไม่เป็น  เป็น

6. สภาพผู้ป่วย

ไม่รู้สีกตัว หรือกึ่งไม่รู้สีกตัว  ไม่ใช่  ใช่

ความดันโลหิตต่ำ (<90/60mmHg)  ไม่ใช่  ใช่

ความดันโลหิตสูง (<130/90mmHg)  ไม่ใช่  ใช่

ค่า Creatinine  $\geq 2$  mg/dl  ไม่ใช่  ใช่ Cr = ..... ตรวจเมื่อ .....

ผล Cr ภายใน 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยใน

ผล Cr ภายใน 1 เดือน สำหรับผู้ป่วยนอก

กรุณากรอกชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษ ด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

คำนำหน้าชื่อ  MR.  MRS.  MISS  อื่นๆ ระบุ .....

ชื่อ

นามสกุล