

患者 ID

名前

生年月日

性別

造影検査問診票 兼 同意書

(CT・DIP) 造影検査用

●次の検査予約時には必ず記入、提出してください。

患者ID		フリガナ 患者氏名	-----
体重	Kg	生年月日 (西暦)	年 月 日

造影検査で使用する造影剤には、他のお薬と同様、副作用が出現する可能性があります。「じんましん・悪心・嘔吐・めまい・頭痛」といったものが大半ですが、まれに治療を要する重篤なものも報告されています。副作用の出やすい方はある程度まで明らかになっていますので、安全に検査を行うために以下の問診票のご記入と承諾書への署名をお願いします。

ご不明な点がありましたら主治医、看護師、放射線技師にご相談ください。

造影剤を安全に使用するため、以下の項目にお答え下さい。

① 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか  
 [いいえ・はい・・・MR、CT、カテーテル、その他 ( ) ]  
 ※「はい」の方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか  
 [いいえ・はい・・・頭痛、吐き気、くしゃみ、その他 ( ) ]

② ヨード過敏症と言われたことがありますか  
 [いいえ・はい ]

③ 薬、食べ物にアレルギー反応はありますか  
 [いいえ・はい・・・かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他 ( ) ]

④ アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか  
 [いいえ・はい・・・アトピー性疾患、花粉症、その他 ( ) ]

⑤ 気管支ぜんそくではありませんか (小児ぜんそくは除く)  
 [いいえ・はい ]

⑥ 両親、兄弟等で①～⑤に該当する体質、病気の方はいますか  
 [いいえ・はい (続柄: 内容: ) ]

⑦ 甲状腺の病気と言われたことがありますか  
 [いいえ・はい ]

⑧ 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか  
 [いいえ・はい ]

⑨ 現在、糖尿病薬 (ピグアナイド系) を使用していますか  
 [いいえ・はいもしくはわからない場合・・・薬の名前 ( ) ]

⑩ 以下の疾患について、該当病名に○をしてください  
 [肝不全・心不全・マクログロブリン血症・テタニー・多発性骨髄腫・褐色細胞腫]

⑪ (女性のみ) 現在、妊娠中、もしくは妊娠している可能性がありますか  
 [いいえ・はい ]

◆ 医師確認欄  
 eGFR ( ) mL/min/1.73m<sup>2</sup> ( ) 月 日測定 ・ 30未満は造影検査不可)  
 未検査

同意書

問診結果と検査の必要性・危険性について、医師の説明を理解し、検査を受けることに同意します。  
 ※同意した場合でも、検査前ならいつでも撤回することができます。

平成 年 月 日

患者署名: \_\_\_\_\_

医師署名: \_\_\_\_\_