

造影剤検査問診票・同意書

検査予定日（予約日）

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

1. これまでに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ 【ある・ない】
2. その時、具合が悪くなるなどの副作用はありましたか？ 【ある・ない】
それは、どのような症状でしたか。該当するものに○をつけてください。
【 吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・血圧低下・その他（ ）】
3. 甲状腺機能亢進症と診断されたことがありますか？ 【ある・ない】
4. 気管支喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？ 【ある・ない】
5. 腎臓(じんぞう)が悪いといわれたことがありますか？ 【ある・ない】
6. 糖尿病の治療で薬(血糖降下剤)を服用していますか？ 【ある・ない】
現在服用している糖尿病薬の名前を記入してください。お薬名： _____
7. アレルギー性体質・病気はありますか？ 【ある・ない】
◆該当するものに○をつけてください。
【 薬／食べ物によるアレルギー・アトピー体質・花粉症・その他（ ）】

造影剤投与量を決めるために、身長と体重をお教えてください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

※腎機能の値により造影剤の減量を行うためデータの記入をお願いします。

eGFR： _____ ml/min/1.73m² （ eGFR：30 未満は造影検査出来ません ）

または

Cre： _____ mg/dl （ Cre：1.5 以上は造影検査出来ません ）

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（6か月以内有効）

造影剤を使用するにあたり、同意署名をお願いします。

CT 検査の内容、造影剤の副作用について患者様へ説明を行いました。

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医署名： _____

同意書

検査に対して内容・注意事項の説明を受け、造影検査を受けることに同意します。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人（自署）： _____

代理人(続柄： _____) 署名： _____

※ 検査開始までに問診内容に変更があれば申し出てください。