

CT 用造影剤を使用する検査のための問診票および同意書

この用紙は必要事項記入後、検査当日必ずお持ち下さい

(忘れられますと検査できない場合があります)

◎検査を安全に実施するために該当する項目□に✓印を入れて下さい

1. 「CT 用造影剤を使用する検査のための説明書」をお読みにになりましたか？

☐ はい ☐ いいえ→お読み下さい

2. 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？

☐ なし

☐ あり： ☐ CT ☐ MRI ☐ 血管造影 ☐ 腎盂造影 ☐ 胆道造影
☐ 子宮卵管造影 ☐ その他()

3. 2. で検査を受けたとき、副作用はありましたか？

☐ ない

☐ あり： ☐ かゆみ ☐ 吐き気 ☐ くしゃみ ☐ 嘔吐 ☐ 発疹
☐ ショック状態 ☐ その他()

4. 下記の病気と医師に言われたことがありますか？

☐ 腎臓(腎機能)が悪い ☐ 気管支ぜんそく ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ 心臓病
☐ 腎性全身繊維症 ☐ 肝臓病 ☐ 多発性骨髄腫 ☐ 褐色細胞腫 ☐ 痛風

5. 下記のアレルギー性の病気がありますか？

☐ お薬・食べ物のアレルギー()

☐ 花粉症 ☐ アトピー ☐ じんましん ☐ その他()

6. 両親、兄弟にじんましん、気管支喘息などアレルギー体質の方はおられますか？

☐ なし

☐ あり()

7. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

☐ いいえ ☐ 飲んでいる (薬の名前：)

飲んでおられる薬の名前がわからない場合はその薬を当日お持ちになって下さい

【医師記入欄】

採血日と eGFR 値・クレアチニン値を記入下さい。数値未記入の場合は、検査実施できません。

採血日 月 日 eGFR (ml/分/1.73 m²)

クレアチニン (mg/dl)

同 意 書

説 明 日： 年 月 日 検査説明医師：

私は、造影剤に関して、その必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しましたので、造影剤を使用することに同意します。また万が一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることに承諾します。

記入日： 年 月 日 氏名

保護者または代理人 氏名 続柄 ()

(注)保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入下さい

医療法人文佑会 原病院

2023 年 8 月 1 日改訂