

造影検査 問診票 (兼同意書)

ID _____ 氏名 _____ 様 (男・女) _____ 才 問診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回受ける検査は _____ CT _____ MRI _____ その他 (_____) です。

■ 造影検査とは

造影剤を血管内に注入しながら行う検査です。造影剤を用いなくても検査は可能ですが、造影剤を使用することでより詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。

■ 副作用について

造影剤が血管内に入ると少し熱く感じるがありますが、一時的なもので心配はいりません。ただ、稀に造影剤の副作用として、吐き気、嘔吐、じん麻疹、発疹などがあり、重い場合は呼吸困難、血圧低下、腎機能障害などの重篤な症状が検査中あるいは検査後しばらくしてから起こることがあります。副作用が発生した場合でも迅速な対応ができるようにスタッフ立会いの下で検査を行っています。

年 _____ 月 _____ 日 医師署名 _____

必要事項に記入して下さい。”ある”を選ばれた方は適したものを○で囲むか
() の中に記入して下さい。

① 今までに造影剤(注射・点滴)を用いた検査を受けたことがありますか。 CT・MRI・尿路造影・胆道造影・血管造影	ない	ある
② その時に副作用はありましたか。 吐き気・嘔吐・発赤・かゆみ・くしゃみ・頭痛・呼吸困難・血圧低下	ない	ある
③ 気管支喘息と言われたことがありますか。いつ頃()	ない	ある
④ アレルギー体質、またはアレルギー性の疾患がありますか。 じん麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他()	ない	ある
⑤ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 薬剤名()・食品名()	ない	ある
⑥ <u>心臓病</u> 、 <u>腎臓病</u> (腎機能が悪い)、 <u>甲状腺疾患</u> などと言われたことがありますか。 疾患名() いつ頃()	ない	ある
⑦ 糖尿病がありますか。服用していれば何のお薬ですか。 飲んでいる薬()	ない	ある
⑧ 造影剤注入量の参考とする為、身長・体重を記入して下さい。 身長() cm ・ 体重() kg		

医療機関で記入

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(三カ月以内のもの)
クレアチニン値: _____ mg/dl
eGFR : _____ mL/min/1.73m ² (30未満は禁忌)

- 検査における危険性(副作用)の説明を受け、この検査に同意します。
(同意された場合でもいつでも撤回することができます)

年 _____ 月 _____ 日 ご本人の署名 _____

代理(続柄: _____) _____