

造影剤使用検査問診票・同意書

あなたの個人情報は、診療目的以外に利用いたしません。

ID
氏名
生年月日

検査予定日 平成 年 月 日

医師名 _____

病気の診断、またの症状をさらに詳しく調べるため「造影剤」というお薬を用います。造影剤には飲む・血管内に注入する・必要な部位に入れるなどの方法がありますが、この際体質に合わず一時的に、じんま疹・むかつき・かゆみ・くしゃみなどの症状が出る場合があります。また、ごく稀にショック症状などの重い症状が発生することもあります。検査のときはそれらの副作用に対して十分に注意しながら検査を進め、万一症状が現れた場合には適切な処置を行います。あらかじめ副作用の起こしやすい体質かどうかの確認のために下記問診票にご記入下さい。

《問診票》

1) 今までに造影検査を受けられたことがありますか？

ある ない

あると答えられた方はどのような検査ですか？

造影CT	造影MRI
点滴で行う「腎臓」の造影	点滴で行う「胆嚢」の造影
血管造影	脊椎造影
その他 ()	

2) 上記の検査中に気分が悪くなったり、じんま疹が出たりしたことがありますか？

ある ない

あると答えられた方はその時の状況をお書き下さい。

()

3) 薬で「じんま疹」や他の症状が出たことがありますか？

ある 薬名 () ない

4) 甲状腺・心臓・肝臓・目（緑内障など）・喘息・腎臓などの病気にかかったことがありますか？

ある ない

あると答えられた方、病名をお書き下さい。()

5) 現在妊娠されていますか？

している () ヶ月) ない

6) 本日、特に体調の悪いところはありますか？

ある ない

7) 体重をご記入ください。 体重 _____ kg

確	認	印

《同意書》

田北病院長 殿

検査の必要性・危険性にたいしての十分な説明に理解し承りましたので下記造影検査を受けることに同意いたします。

造影CT	造影MRI
腎盂・尿管造影 (DIP)	胆嚢造影 (DIC)
脊椎造影	その他 ()

患者氏名 _____

代諾者 _____ (続柄: _____)

田北病院