

造影検査問診表・同意書

年 月 日

氏 名：

生年月日： 年 月 日生

〔造影剤を用いた検査を受けられる方へ〕

次に当てはまるものに ○ や 文字 を記入してください。

問 1 造影剤（注射）を用いた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、尿路検査・肝、胆嚢検査・心臓検査など)

問 2 そのとき副作用はありましたか。 [なし・あり]

副作用の症状（吐き気・顔や体のほてり感・じんましん・息苦しさ・その他）

その他の内容

問 3 喘息といわれたことがありますか。 [なし・あり]

問 4 アレルギー性体質・アレルギー性の病気がありますか。 [なし・あり]

内容（薬・食物によるアレルギー・アトピー体質・アレルギー性鼻炎・その他）

その他の内容

問 5 今までに、次の病気にかかれたことがありますか。 [なし・あり]

(高血圧・動脈硬化・糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・褐色細胞腫)

問 6 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方はお薬の名前を記入してください。

薬の名前

* ヨード剤検査の場合：塩酸メトホルミンは検査前 48 時間・検査後 48 時間

内服を中止する（乳酸アシドーシス発現のリスク）

問 7 現在、妊娠中または授乳中ですか。 [いいえ・はい]

検査に対して医師から検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。

造影剤の使用に同意します。

年 月 日

同意署名

続柄

検査前の腎機能評価 eGFR mL/min/1.73m²

造影剤使用の可否：[可 ・ 不可]

留意事項：例) 生理食塩水等輸液の有無など

年 月 日

医師名：

