

ID:

名前:

生年月日:

造影検査問診表・同意書

〔造影剤を用いた検査を受けられる方へ〕

当てはまるものに ○ をしてください

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 （はい・いいえ）

“はい”の方→（CT・MRI・血管造影・腎、尿路検査・肝、胆嚢検査・心臓検査など）

問2 その時副作用はありましたか （はい・いいえ）

“はい”の方→ 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（原則禁忌） （はい・いいえ）

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 （はい・いいえ）

“はい”の方→ 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。 （はい・いいえ）

（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 糖尿病のお薬を飲んでいますか？ （はい・いいえ）

“はい”の方→ 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 （はい・いいえ）

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 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値 _____ 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

Dr.サイン _____

看護師サイン _____