

『造影検査問診票・同意書』

の予定です。

あてはまる項目をチェックしてください

- 1) 以前、造影検査を受けたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
いつ頃 () 検査の種類 ()
その時副作用がありましたか ☐ はい ☐ いいえ
どのような症状でしたか ()
- 2) 以前、薬によってアレルギーが起きたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
アレルギーを起こした薬剤名 ()
- 3) 気管支喘息と言われたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 4) 腎臓の働きが悪い(腎不全など)言われたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 5) 糖尿病のお薬を飲んでいますか ☐ はい ☐ いいえ
- 6) 甲状腺の病気はありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 7) 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性ありますか ☐ はい ☐ いいえ
- 8) 当院以外でお薬を処方されてますか ☐ はい ☐ いいえ
- ※お薬手帳を確認させてください

【造影剤使用の同意書】

私は、造影CT検査の注意事項や副作用に関して説明を行いました。

- 1) Cr値: _____ mg/dL eGFR: _____ ml/min/1.73m²
(6カ月以内のデータ。eGFRが60ml/min/1.73m²以下は造影不可)
- 2) ビグアナイド系薬剤の服用歴 ☐ ある ☐ ない
※検査日を含めた前後2日間の休薬が推奨されています
- 3) β ブロッカー薬剤の服用歴 ☐ ある ☐ ない

説明日 年 月 日
説明医師

私は、造影CT検査の注意事項と副作用について説明を受け、十分に理解したうえで、検査を受けることに同意します。万一副作用が現れた場合には必要な処置を受けることも承諾します。

(同意された後でも、同意を撤回することができます)

同意日 年 月 日

患者署名

代理人署名

続柄 ()

ルート時
看護師
確認

撮影技師
確認