

< 造影CT検査問診票兼同意書 >

検査日 年 月 日

造影CT検査問診票

医師問診用

(1～8の質問にお答え頂き、造影検査の同意の欄にご署名ください)

1 以前に造影剤を使った検査を受けたことがありますか CT MRI 腎臓尿路検査 血管造影 胆嚢検査 その他()	(はい ・ いいえ)
2 質問1の「はい」に該当の方にお聞きします その時に何か副作用が出ましたか 嘔気 嘔吐 蕁麻疹 皮膚発赤 その他() 『はい』に当てはまる場合は造影検査は出来ません ←	(はい ・ いいえ)
3 以下の病気と言われたことがありますか 喘息(ぜんそく)・重い心臓の病気・重い肝臓の病気・マクログロブリン血症 急性膵炎・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞種・バセドウ病 『はい』に当てはまる場合は造影検査は出来ません ←	(はい ・ いいえ)
4 腎臓の病気はありますか	(はい ・ いいえ)
5 アレルギーと言われたことがありますか じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・鉄過敏感 (その他 薬・食べ物:)	(はい ・ いいえ)
6 糖尿病の薬を飲んでいますか (薬剤名:)	(はい ・ いいえ)

※「ビグアナイド系糖尿病薬」を服用している患者さんに対してヨード系造影剤を使用する際には、検査の前後2日間(検査日を含めて5日間)服用を中止してください。

7 造影剤の使用量を決定するために、現在の体重を記入して下さい	_____ Kg
8 CT検査日2ヶ月以内のeGFRを記入してください (eGFR 60以下 造影禁止)	採血日 年 月 日 eGFR _____

造影検査の依頼ですが当院の判断で単純検査となることもあります。ご了承をお願いします。

その他、疑問のある場合は放射線科(内線 8730)まで連絡ください。

造影CT検査(ヨード系造影剤)同意書

私は、造影検査の必要性和造影剤の危険性【危険性について;普通は一時的な軽い症状(吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹等)ですが、ごくまれに(約2.5万人につき1人の割合で)生命にかかわるような反応(造影剤性腎症、ショック、呼吸困難、血圧低下等)を起こすことがあります。極めて稀ですが、死に至る報告もあります。】について説明を受け納得しました。その結果、造影検査を受けることに同意します。

市立柏原病院 病院長 様
□ 本人

同意日:平成 年 月 日

(本人ご署名)

※本人が署名できない場合
□ 代理人

(代理人ご署名)

続柄()

代理人の方の場合は必ず本人名もご記入ください

医師確認欄

上記患者に対して、私が検査に関する説明(必要性和リスク)を行い、同意されたことを確認しました。

説明医師 _____

※ この用紙は予約後速やかにFAXで返信ください。

市立柏原病院 病院長
平成24年04月改定