

造影剤使用のための問診票・同意書

記載日： 年 月 日

患者様氏名

様

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください（○で囲んでください）

1. 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
ある ・ ない [CT造影・MRI造影・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査・その他]
あるの場合、副作用がありましたか？
ある ・ ない [じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ その他]
副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後
2. アレルギー体質と言われたことがありますか？
ある ・ ない [薬剤（ ） 食べ物（ ） 花粉症]
3. 気管支喘息がありますか？
ある ・ ない
4. 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことがありますか？
ある ・ ない [病名（ ）]
5. 甲状腺の病気がありますか？
ある ・ ない [病名（ ）]
6. 体重を記入してください（ ）Kg（造影剤の投与量を決めるために必要です）
7. 女性の方へ：現在妊娠（可能性含む）または、授乳をしていますか？
ある ・ ない

造影CTの方のみお答えください

8. 現在、糖尿病薬（ビグアイド系糖尿病薬）を服用中ですか？
ある ・ ない [薬品名（ ）]
※ビグアイド系糖尿病薬は検査当日を含め前後2日間（計5日間）服用しないでください

（医療法人） 良秀会 高石藤井病院 院長 殿

年 月 日

私は、この度予定された造影剤使用検査の必要性と、検査で使用する造影剤の説明を受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

本人署名：

住所：

保護者または
代理人 署名

（続柄：）

ここから下は医療機関の方がご記載ください

検査日 年 月 日

クレアチニン値 mg/dl eGFR値 ml/分mm²

確認医師名

高石藤井病院