

造影検査 問診票(兼同意書)

氏名 _____

今回の造影検査は CT MRI その他()です。

◎造影検査とは

造影剤を血管内に注入しながら行う検査です。造影剤を使用することでより詳しい検査をすることができ、診断に役立ちます。

◎副作用について

造影剤注入時に熱感を伴うことがありますが、一時的で心配ありません。副作用の出現は極めて少ないですが、万が一気分が悪くなった場合には、必ず知らせてください。副作用が発生した場合、迅速に対応ができるよう、医師立会いの下で検査をおこなっています。

◎次の質問にお答えください

- ① 今までに造影検査を受けたことがありますか？
CT MRI その他 ある ・ ない
- ② ①で、あるとお答えの方、その時に副作用がありましたか？
吐き気 嘔吐 発赤 かゆみ くしゃみ 頭痛 ある ・ ない
- ③ 気管支喘息といわれたことがありますか？
(※気管支喘息の方は原則造影禁忌です) ある ・ ない
- ④ アレルギー体質、アレルギー疾患がありますか？
薬、食物のアレルギー じん麻疹 アレルギー性鼻炎 ある ・ ない
- ⑤ 以下の疾患がありますか？
腎障害 肝障害 甲状腺疾患 ある ・ ない
糖尿病 褐色細胞腫 多発性骨髄腫
- ⑥ ⑤で、糖尿病があるとお答えの方、以下のお薬で服用されている薬はありますか？
ジベトス メタクト ジベトン メトグルコ メトホルミン グリコラン
ネルビス メデット エクメット

◎次の値を記入して下さい(eGFR30未満は造影できません)

クレアチニン値()mg/dl、eGFR()mL

問診実施者名 _____

確認医師名 _____

検査当日は3時間前から絶食してください。
造影検査における副作用の説明を受け、検査を受けることに同意します。
尚、緊急の処置を行う必要が生じた場合は、その処置の実施に同意します。

年 月 日 ご本人の署名 _____