

造影検査のための問診票・同意書

※検査当日この用紙をご持参下さい

当日の検査直前の食事について

氏名 _____ 様

腹部造影CT検査 朝食・昼食は飲食禁止

生年月日(T・S・H) _____ / _____ / _____

その他の造影検査 朝食・昼食は軽食(飲水可)

造影検査では、診断をより明確にする目的で「造影剤」という薬剤を注射します。

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起こることもあります。

● 軽い副作用:発疹、吐き気、動悸、かゆみ、頭痛など(発生率約5%)

● 重い副作用:血圧低下、呼吸困難、意識消失など(発生率約0.1%)

※造影剤を注射をするときに、体が少し熱くなることがありますが、一時的なことで心配ありません。

当院では、副作用などが発生した場合に備えてすぐ対応できるように準備を整えておりますが、

さらに安全に検査を行うため以下の質問にお答えください。

	質問	回答	「はい」と答えた方のみ○をつけて下さい	
①	今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか？ また、それはどのような検査でしたか？	はい いいえ	◆ CT検査 ◆ MRI検査 ◆ 関節造影検査 ◆ 血管造影検査	◆ 脊髄造影検査 ◆ 胆のう造影検査 ◆ 腎臓造影検査 ◆ その他()
②	①で回答した検査中、または検査後に副作用等の症状は出ましたか？ また、それはどのような症状でしたか？ 項目になれば詳しく教えて下さい	はい いいえ	◆ 発疹 ◆ 動悸 ◆ 頭痛 ◆ 意識消失 その他()	◆ 吐き気 ◆ かゆみ ◆ 血圧低下 ◆ 呼吸困難
③	甲状腺機能亢進症(バセドウ病)や 気管支ぜんそく、腎臓、心臓、血管の病気の既往はありますか？	はい いいえ	病名()	
④	アレルギー体質、または アレルギー性の病気がありますか？	はい いいえ	病名()	
⑤	現在、糖尿病治療薬(メグルコ、 グリコンラン等)を服用していますか？	はい いいえ	例) ◆ メデット ◆ ネルビス ◆ ジベトス ◆ メホルミン塩酸塩 ◆ ジベトンS	
⑥	現在妊娠中、または妊娠している 可能性がありますか？(※女性の方のみ)	はい いいえ		
⑦	その他、気になることがありますか？	はい いいえ	()	

・上記の問診票のうち、②～⑤で「はい」の項目に○をつけた方は、造影剤による副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますのでご了承下さい。

・造影剤は24時間程でほぼ全量が尿と一緒に排泄されますので、

検査後は水分を多めに摂取し、尿の排泄を早めて頂くと副作用予防のためになります。

・検査終了後や帰宅してから何らかの症状を感じた時はすぐに病院までご連絡下さい。

私は上記の内容の説明を受け、造影検査を受けることに同意致します。

年 月 日

ご本人署名

(または代理人)

主治医の先生の署名

同席看護師名

保護者署名

(未成年の場合のみ)

診療放射線技師名

※主治医の先生へ こちらに患者様の体重と血清クレアチニン値をご記入下さい。

体重

kg

血清クレアチニン値

mg/dl