

造影剤検査に関する問診票・同意書

患者：_____様

検査名：_____

予定日時：_____年 月 日 時 分

*造影検査のための問診票

以下の質問に当てはまる方は☑印を入れて下さい。“あり”を選ばれた方は適した言葉を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な内容をご記載ください。

1. 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
□なし □あり : CT検査・尿路造影・胆道造影・血管造影・MRI検査
2. その際に、副作用はありましたか？
□なし □あり : 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）
3. 今までに喘息と言われたことがありますか？
□なし □あり
4. アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか？
□なし □あり : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・
薬のアレルギー（薬剤名 ）・食物アレルギー（食物名 ）・その他（ ）
5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？
□なし □あり : 透析治療・その他（ ）
6. 現在、透析治療を受けていますか？
□なし □あり : ありと答えられた方へ以下の記載をお願いします。
透析治療機関名（ ） 透析曜日（ ）
7. 今までに甲状腺疾患と言われたことがありますか？
□なし □あり
8. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
□なし □あり □わからない
9. 糖尿病の内服治療中ですか？
□なし □あり (薬剤名：)

上記の問診のうち、問い2～5で“あり”の項目に当てはまる方は、造影剤の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、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください

_____年 月 日 担当医師：_____ (_____科)

山王メディカルセンター 院長殿

私は、今回の造影検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

_____年 月 日 住所：_____

患者氏名：_____ ㊟

同席者又は代諾者：_____ ㊟ 続柄：_____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

造影剤検査に関する問診票・同意書

患者： _____ 様

検査名： _____

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

*造影検査のための問診票

以下の質問に当てはまる方は☑印を入れて下さい。“あり”を選ばれた方は適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な内容をご記載ください。

1. 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
□なし □あり : CT検査・尿路造影・胆道造影・血管造影・MRI検査
2. その際に、副作用はありましたか？
□なし □あり : 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他 ()
3. 今までに喘息と言われたことがありますか？
□なし □あり
4. アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか？
□なし □あり : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・
薬のアレルギー（薬剤名 _____）・食物アレルギー（食物名 _____）・その他 ()
5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことがありますか？
□なし □あり : 透析治療・その他 ()
6. 現在、透析治療を受けていますか？
□なし □あり : ありと答えられた方へ以下の記載をお願いします。
透析治療機関名 () 透析曜日 ()
7. 今までに甲状腺疾患と言われたことがありますか？
□なし □あり
8. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
□なし □あり □わからない
9. 糖尿病の内服治療中ですか？
□なし □あり (薬剤名: _____)

上記の問診のうち、問い2～5で“あり”の項目に当てはまる方は、造影剤の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、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください

_____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医師： _____ (_____ 科)

山王メディカルセンター 院長殿

私は、今回の造影検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 住所： _____

患者氏名： _____ ㊞

同席者又は代諾者： _____ ㊞ 続柄： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。