

造影検査問診票および同意書

(原則として毎回の造影検査ごとに必要としています)

患者氏名	様	検査予定日	
年齢	歳	検査種	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR
性別			その他()

<問診票>

太枠内の各項目に記入してください。

1. 今までに造影検査を受けたことがありますか？ 「ある」の場合 ・何の検査でしたか？ ・副作用がありましたか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="radio"/> 副作用あり (具体的に:) <input type="radio"/> ない
2. 甲状腺の病気がありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない
3. 気管支喘息がありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない
4. アレルギーがありますか？ 「ある」の場合	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 腎臓の機能低下はありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない
6. 糖尿病がありますか 「ある」の場合 薬物治療を受けていますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている【薬品名】 ()
7. 授乳中あるいは妊娠中ですか？ (可能性も含む)	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="radio"/> わからない
8. 投与量の参考にしますので体重を教えてください	_____ kg

<注意事項>

<医師チェック欄>

<p>※ 過敏症の既往がある場合はヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに禁忌です。</p> <p>※ 重篤な甲状腺疾患もヨード造影剤は禁忌です。</p> <p>※ 気管支喘息はヨード造影剤、ガドリニウム造影剤ともに原則禁忌です。</p> <p>※ ヨード剤・ガドリニウム剤は血中クレアチニン 1.2 以上かつ eGFR 30 ml/min/1.73m² 未満を原則禁忌とします。</p> <p>※ 経口糖尿病治療薬の1つであるピグアナイド製剤とヨード造影剤は併用注意です。検査当日の前48時間と後48時間の投与中止を検討してください。</p> <p>※ 授乳中の方はできれば造影検査後3日間、授乳を中止してください。</p> <p>※ 造影剤注入に伴い、まれに血管外漏出をおこすことがあります。</p>	血中クレアチニン mg/dl 月 日 <input type="checkbox"/> 不明
	私は造影検査の必要性、危険性及び合併症などについて、患者様にご説明をしました。
	説明年月日 _____ 診療科 _____ 医師氏名 _____

<同意書> : どちらか希望する内容の□に✓をしてご署名ください

院長 様
<input type="checkbox"/> 私は十分な説明を受け、納得しましたので、今回の検査での造影剤の使用に同意します。
<input type="checkbox"/> 私は造影剤の使用に同意できませんので、今回は造影検査を受けません。
_____年 _____月 _____日 氏名 (自署) _____
保護者または代理人氏名 _____ (続柄 _____)
(注) 保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。
*この同意書の内容は署名された後いつでも変更できます。変更をご希望の場合は検査前にお申し出ください。また、場合によっては検査前に再度確認させていただくことがあります。