

造影剤使用に関する問診と同意書

〔問診〕 造影検査を安全に行うため、以下の質問に答えて頂き、検査当日に必ずご持参ください。

1	前記の「造影検査を受けられる患者さんへ」を読みましたか？	はい	いいえ	不明
2	今まで造影剤を使用して検査をしたことがありますか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方 ⇒ 検査内容は <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 腎臓検査 <input type="checkbox"/> 胆のう検査 <input type="checkbox"/> その他			
	はいと回答した方 ⇒ その時に造影剤による副作用がありましたか？	はい	いいえ	不明
	副作用があった方はどのような症状でしたか？ <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> その他			
3	気管支喘息で治療を経験したことがありますか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方 ⇒ 現在も治療を受けていますか？	はい	いいえ	不明
4	薬・注射・食べもの等のアレルギーはありますか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方 ⇒ (詳細内容：)			
5	糖尿病薬を服用中していますか？ (薬品名：)	はい	いいえ	不明
	※造影CTでビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は検査前後2日間、計5日間の休薬が必要となります			
6	現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ (女性のみ)	はい	いいえ	不明
7	腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？	はい	いいえ	不明

〔依頼医師記入欄〕

・腎機能検査値 (有効期間：検査日より3ヶ月以内) ※eGFR値が30以下の場合、造影検査不可
Cr値 (mg/dl) もしくは eGFR値 (ml/min/1.73m²) 採血日 年 月 日
予防措置なし 予防措置あり (措置例：プレドニゾロンの経口投与、生理食塩水の点滴など)
問診の結果、造影剤使用可能と判断したので検査をお願いします

【確認日】 年 月 日

【医師名】

国立病院機構宮崎東病院長殿

- 造影剤の副作用や危険性について説明を受けました
 副作用が見られたとき必要な処置を受けることを同意します
造影剤を使用した検査を受けることに 同意します 同意しません

【同意日】 年 月 日

【患者署名】

【代筆者】 (続柄：)

〔宮崎東病院確認〕

【検査日】 年 月 日

【医師名】

※こちらの欄は検査当日に当院医師がサインいたします。

国立病院機構宮崎東病院 代表電話 (0985-56-2311)