

造影剤使用検査説明・問診票及び同意書 (CT・尿路造影・血管造影、他)

検査日 平成 年 月 日 時 分

ID:

氏名:

生年月日: 性別:

造影剤検査について

体の中をより詳しく調べるために、ヨード造影剤を使用します。造影剤は診断したい部位をより分かりやすくするためのお薬です。検査の際には血管から造影剤を注射させていただきます。

造影剤の副作用について

ごく稀に、じんましん、吐き気、嘔吐、ひきつけ、意識消失などの副作用が起こる危険性があります。副作用が発生した場合、適切な処置を致します。

また、糖尿病薬のうち、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方の場合、頻度としてはまれですが、造影CT検査後に、乳酸アシドーシスという重篤な副作用が起こることがあります。

万一の副作用を防止するため、ビグアナイド系の糖尿病薬を服用している方は、造影CT検査当日は服用せず、検査後も48時間は服用なさらないでください。腎機能の低下している方の場合は、検査前48時間も服薬いただけません。不明な点がございましたら、職員にお尋ねください。

説明医 _____

問診票

安全に検査を行うために、以下の質問にお答え下さい

①	今までに造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか？ (年 月ごろ 部位)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
	造影検査の時、具合が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
	その時、副作用がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
②	気管支ぜんそくがありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
③	糖尿病がありますか？ 内服薬 ()	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
④	アレルギーがありますか？ (薬= 食べ物= その他=)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑤	心臓ペースメーカーを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑥	心臓病・腎臓病・甲状腺の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑦	今までに大きな手術・病気をされたことがありますか？ (病名: 手術: 年ごろ)	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑧	女性の方へ。現在妊娠をしていますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
⑨	検査当日の血圧 血圧 (/) 現在の体重 (kg)	

同意書

以上の問診の意義及び検査の必要性、副作用について担当医の説明を理解し納得致しましたので、私は上記の検査を受けることを同意します。

平成 年 月 日

【患者様】氏名 _____

【保護者または代理人】氏名 _____ (続柄 _____)

【ご連絡先電話番号 (携帯電話)】 _____