

お名前 _____ 様
生年月日 _____

ヨード造影剤検査問診票及び同意書

造影検査を安全に行うために、下記の質問にお答えいただきますようお願い申し上げます。
当てはまる項目に✓点をいれるか○で囲んでください(記入の場合もあり)。

- ①今までに造影剤(注射)を使った検査を受けたことがありますか？ ない
 ある ⇒ CT検査・MRI検査・血管造影検査・胆のう検査・腎臓の検査
- ②造影剤検査をされた方にお聞きします。造影剤によるアレルギー症状はありましたか？ ない
 症状があった CT・MRI・() 症状は？ じんましん・かゆみ・息苦しさ・くしゃみ・その他
いつ頃() その時処置を しない・した(具体的に)
- ③薬・注射・食べ物などで気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか？ ない
 ある ⇒ 何で() どのような()
- ④喘息と診断されたことがありますか？ ない
 ある ⇒ 現在も症状がある または、治療薬を服用している ⇒ **禁忌(造影不可)**
 過去(幼少時)に症状があった
- ⑤甲状腺機能亢進症又は、多結節性甲状腺腫と診断されたことがありますか？ ない
 ある ⇒ 現在治療中 診断されたが治療はしていない ⇒ **コントロールされていなければ禁忌(造影不可)**
 現在投薬によりコントロールされ治療が完了している
- ⑥次の病気にかかったことがありますか？ ない
心臓病()・腎臓病()・肝臓病()
多発性骨髄腫・糖尿病・マクログロブリン血症・褐色細胞腫(疑い)・テタニー
アレルギー性疾患()
- ⑦糖尿病の薬を飲んでいますか？ 飲んでいない
 はい ⇒ 薬剤名()
ビグアナイド系の判定： 該当 非該当 判定医： _____
*ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査日前後2日間、計5日間休止して頂きます
休薬期間： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
- ⑧(女性のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ・はい(妊娠中/授乳中)
- ⑨造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入ください。(_____ Kg)(必須)

診療所・クリニック主治医先生ご記入 3ヶ月以内の eGFR値 _____ ml/min/1.73m²(必須)
採血検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日(必須)
※ 年齢に関係なく eGFR値が30以下なら**造影不可**、45以下は**要点滴**、45~60は**注意(飲水など)**となります。
※ eGFR値を測定されていない時はクレアチニン値をご記入下さい。→ クレアチニン値 _____ mg/dl

主治医サイン _____

造影検査同意書

- 私は、このたびの予定されている検査の内容とその必要性について、担当医より説明を受け、理解したのでこの検査を受けることに同意します。また、検査において造影剤を使用することにより、稀に副作用がありうることも説明を受けた上で、その必要性を理解したので、造影剤の使用に同意します。
 その実施に関連した緊急の診療行為についても、医師が必要かつ適切な判断をした場合には、その診療行為を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名 _____

代理人署名 _____

患者との続柄： _____

三田市民病院院長 あて