

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 6ヶ月以内の eGFR値 \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup>(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。  
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