

# 造影CT検査問診票

検査をできるだけ安全確実にを行うための質問です。

適したものの 内に 印を入れてください。

1, 3 の“あり”を選ばれたら, 適した言葉を で囲むか, あるいは ( ) の中に具体的な言葉を記入してください。

1. 造影剤 (ヨード剤) を用いた検査の既往

なし      あり: CT 検査, 腎臓検査, 胆嚢検査, 血管造影, MR 検査

副作用の有無(1.でありと答えられた方)

なし      あり: 発疹, かゆみ, 吐き気, 嘔吐, 頭痛, その他 ( )

2. 喘息の既往

なし      あり

3. アレルギー体質, アレルギー性疾患の有無

なし      あり: じんましん, アトピー性皮膚炎, アレルギー性鼻炎,  
薬のアレルギー (薬剤名 ) 食物のアレルギー (食物名 ) その他 ( )

4. 腎不全などの有無

なし      あり

5. 心臓疾患の有無

なし      あり

6. 甲状腺疾患の有無

なし      あり

7. 妊娠または妊娠している可能性

なし      あり      わからない

その他、造影剤の副作用の起こる確率が高くなると考えられる場合には、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

=====

## 同意書

宇治川病院 病院長殿

私は現在の病状、造影検査について担当医 \_\_\_\_\_ より説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。

同意日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者または代理人(続柄 \_\_\_\_\_ )

(署名) \_\_\_\_\_ 印

15 歳以下の患者の親権者(続柄 \_\_\_\_\_ )

(署名) \_\_\_\_\_ 印

上記患者に対して、検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師氏名(署名) \_\_\_\_\_ 印