

X線造影検査問診票および同意書

(造影CT, 血管造影、腎盂造影 (DIP)、胆道造影 (DIC))

患者様には造影剤の必要性和危険性をよく理解した上で、安全に検査を行う為に問診票にお答えいただいております。問診内容を当日医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

1, 問診票 該当する物に○をつけて下さい。 _____

- 1, 過去に造影剤の注射をしたことがありますか。
いいえ ・ はい (CT・腎盂造影・胆嚢検査・血管造影)・わからない
- 2, 1で「はい」の方に伺います。その時帰宅後を含め、副作用はありましたか？
いいえ ・ はい (嘔吐、発疹、くしゃみ、呼吸困難、血圧低下、その他)
- 3, アレルギー体質、アレルギー疾患、その他、薬や食べ物のアレルギー歴はありますか。
いいえ ・ はい ()
- 4, 甲状腺の病気と診断されたことはありますか。
いいえ ・ はい (甲状腺機能亢進症・その他)
- 5, 気管支ぜんそくと診断されたことはありますか。
いいえ ・ はい (現在治療していない・治療中 (ステロイド剤・その他)
- 6, 心臓の病気を診断されたことはありますか。
いいえ ・ はい (病名:)
- 7, 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことがありますか。
いいえ ・ はい (病名:)
- 8, 糖尿病と診断されたことはありますか。治療薬はお飲みですか。
いいえ ・ はい (ピグアナイド系治療薬を服用している場合、検査前後2日間は休薬が必要)
- 9, 妊娠の可能性はありますか。
いいえ ・ はい
- 10, 下記の病気と診断されたことはありますか。
いいえ ・ はい (褐色細胞腫・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー)

体重 _____ kg

2, 造影検査における造影剤投与に関する同意書 _____

私は担当医師により、X線造影検査に使用されるヨード造影剤の使用に関してその目的と必要性、副作用についての説明と質問の機会を与えられ、その必要性和副作用を十分理解しました。よってヨード造影剤の使用に同意します。また副作用が見られたときには必要な処置を受けることを承諾いたします。

本人または代理人署名 _____

続柄 _____

注：代理人署名は患者様本人が未成年者、もしくは署名出来ない場合にご署名下さい

説明担当医師 _____

年 月 日

医療法人社団史世会 町田胃腸病院