造影検査 問診票(兼同意書)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今回の造影検査は　　CT　　MRI　　その他(　　)です。

◎造影検査とは

造影剤を血管内に注入しながら行う検査です。造影剤を使用することで
より詳しい検査をすることができ、診断に役立ちます。

◎副作用について

造影剤注入時に熱感を伴うことがありますが、一時的で心配ありません。
稀に副作用として、吐き気、嘔吐、発疹などが検査中あるいは検査後、
しばらくしてから起こることがあります。副作用が発生した場合、迅速に
対応ができるよう、医師立会いの下で検査をおこなっています。万が一
気分が悪くなった場合は必ず知らせてください。

◎次の質問にお答えください

①今までに造影検査を受けたことがありますか？ CT　MRI　その他	ある ・ ない
② ①で、あるとお答えの方、その時に副作用がありましたか？ 吐き気　嘔吐　発赤　かゆみ　くしゃみ　頭痛	ある ・ ない
③気管支喘息といわれたことがありますか？ (※気管支喘息の方は原則造影禁忌です)	ある ・ ない
④アレルギー体質、アレルギー疾患がありますか？ 薬、食物のアレルギー　じん麻疹　アレルギー性鼻炎	ある ・ ない
⑤以下の疾患がありますか？ 腎臓病(腎機能が悪い)　甲状腺疾患 糖尿病　褐色細胞腫　多発性骨髄腫	ある ・ ない

◎次の値を記入して下さい(eGFR30 未満は造影できません)

クレアチニン値(　　)ｍｇ/ｄｌ、ｅＧＦＲ(　　)ｍＬ

問診実施者名＿＿＿＿＿＿＿＿　　確認医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

造影検査における副作用の説明を受け、検査を受けることに同意します。
尚、緊急の処置を行う必要が生じた場合は、その処置の実施に同意します。

年　　月　　日　　ご本人の署名＿＿＿＿＿＿＿＿

大石病院 OISHI HOSPITAL