

造影検査 問診票・同意書 (CT・MRI用)

造影剤は、体質や体調により下記のような副作用が出る場合があります。

1. 約100人に1人の割合で、嘔気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみ、くしゃみ、咳等の症状が出る場合があります。
2. 約10万人に1人の割合で、ショック、血圧低下、呼吸困難等の重い症状が出て緊急処置が必要な場合があります。
3. 約100万人に1人の割合で、重い症状の副作用により、緊急処置にもかかわらず亡くなる場合があります。

以上をご理解いただいた上で、問診票・同意書のご記入をお願いします。

同意書にご記入いただいた後でも検査及び造影剤の投与を中止することもできます。

問診票

- 今までに造影剤を使用した検査をしたことがありますか？ はい いいえ
- コントロール不良の甲状腺機能亢進がありますか？ はい いいえ
- 小児喘息以外の気管支喘息といわれたことがありますか？ はい いいえ
- 重篤な腎機能障害がありますか？ はい いいえ
- 食べ物・薬品・金属などでアレルギーをおこした事がありますか？ はい いいえ
- ビグアナイド系糖尿病（メトホルミンなど）を飲んでいますか？ はい いいえ
(例：メトホルミン・メトグルコ・グラコラン・ジベトス・ブホルミン・イニシンク・エクメット・メタクト・メトアナ)
「ある」の場合は、造影CT検査において糖尿病薬の休薬が検査当日を含め
検査前後2日間の計3日間必要です (/ () ~ / ())
- 造影CTにおける食事制限はありません。

※ 直近の血液検査データの添付をお願いします。

確認・同意書

私は造影検査の必要性和注意点, 造影剤の必要性和副作用などについて説明を受け、十分に理解しました。造影検査の施行と造影剤の使用に同意します。

年 月 日

患者署名

(本人ができないときは代理人の署名)

年 月 日

主治医署名
