

「CT造影剤使用に関する問診票及び同意書」

患者 ID	依頼医師名		
氏名	様	性別	年齢
	生年月日		
検査予定日	検査名		

【造影剤の副作用】（副作用に備えて万全の体制を取っています）

- ・ 軽い副作用：嘔気、嘔吐、熱感、じんましんなど
- ・ 重い副作用：アナフィラキシーショック、腎不全など

【確認事項】（必須）

- ・ 今までに造影検査を受けたことがありますか？ …… いいえ ・ はい
「はい」の場合、副作用はありましたか？ …… いいえ ・ はい（ ）
（禁忌）
- ・ 現在、以下の病気がありますか？ …… いいえ ・ はい（慎重投与）
（甲状腺・成人後の気管支喘息・心臓・肝臓・褐色細胞腫）
- ・ 重篤な腎障害がありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
「はい」の場合、透析中ですか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
リスクがある成人では eGFR（推算の糸球体濾過量）の確認。（原則過去 1 年以内の値）
 eGFR 0～29（原則禁忌）・ eGFR 30～59（慎重投与）・ eGFR 60～（通常造影）
* 透析患者さんは担当医とご相談下さい。
- ・ ビグアナイド系糖尿病薬（メトグルコ等）を服用中ですか？ …… いいえ ・ はい（休薬）
「はい」の場合、検査前日・当日・検査後 2 日間、計 4 日間の休薬が必要です。
- ・ 女性の方で妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ …… いいえ ・ はい（原則禁忌）
- ・ アレルギー体質ですか？ …… いいえ ・ はい（慎重投与）
「はい」の場合 …… 薬・食物・花粉・アトピー・その他（ ）

【注意】禁忌の場合でも検査の必要性和副作用を考慮して主治医が必要と判断し、患者さんの同意があれば検査を実施します。

患者さんに造影検査の必要性を説明し、上記を確認したので、検査を実施して下さい。

依頼医師名

< 検査同意書 >

江南厚生病院 病院長 殿

以上の内容の説明を受け、造影検査の実施に同意します。

15 歳未満の方は代理人（親権者）の署名が必要になります。

令和 年 月 日

患者 氏名 _____

代理人 氏名 _____ (続柄 _____)