

CT造影検査についての 問診票と同意書

(FAX送信用)

検査を安全に行うため、以下の問診にご協力ください。
問診の結果によっては、身体の安全性を考慮し検査を中止することがありますがご了承ください。

禁忌事項(ありの場合、当院では造影検査できません)

- 1 ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴(薬物特異体質、アレルギー様反応)がある。 ない ある
- 2 重篤な甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症)がある。 ない ある
- 3 現在妊娠している、または妊娠の可能性がある。(女性のみ) ない ある

準禁忌事項(場合によっては造影検査できません)

- 4 気管支喘息がある。(治療中：薬剤名 治療中断) ない ある
- 5 心臓の病気、肝臓の病気、腎臓の病気、マクログロブリン血症、骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫になったことがある。 ない ある
- 6 今までに造影剤を使った検査で副作用がでたことがある。 ない ある
(ありの場合： CT MRI 血管造影 腎臓検査 胆嚢検査 その他：)

その他の項目

- 7 今までに、薬や食べ物でアレルギーが出たことがある。(両親・兄弟含む) ない ある
(ありの場合： アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 薬剤アレルギー 食物アレルギー
 じんましん その他：)
- 8 糖尿病の薬を飲んでいる。 ない ある
- 9 心臓病の薬を飲んでいる。 ない ある
- 10 腎毒性を有する薬剤を飲んでいる。(ありの場合： 抗菌薬 非ステロイド性抗炎症薬
 抗腫瘍薬 その他：) ない ある
- 11 インターロイキン2(IL-2)で治療中である。 ない ある
- 12 現在授乳中である。(女性のみ) ない ある

現在の身長・体重

(造影剤投与量・撮影線量算出のため)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

腎機能：採血日 年 月 日 クレアチニン値 _____ mg/dl

eGFR値 _____ ml/min/1.73m²

《 同 意 書 》

造影剤投与に関する検査説明

説明担当者名 _____

造影検査(可・不可)

確認担当医師名 _____

私はこの検査における造影剤使用に関して検査方法、目的、必要性、またその副作用等について説明を受け、十分理解しました。(なお、同意はいつでも撤回できます。)

CT造影検査を受けることに同意 **します ・ しません**

年 月 日 本人・代理人(続柄) _____) 署名 _____