

問診票： 造影 CT、腎臓尿路造影（DIP）、胆嚢胆管造影（DIC）検査用

当てはまる項目の□にチェックを入れてください。□はい を選ばれた場合、当てはまる具体的項目を○で囲んでください。

1. 今までに造影剤（注射、又は点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
□いいえ □はい・・・CT 造影検査、腎臓尿路造影、胆嚢胆道造影、MRI 検査、その他血管造影
2. （質問 1. ではいとお答えした方にうかがいます）そのとき副作用は現れましたか？
□いいえ □はい・・・吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹、くしゃみ、呼吸困難、意識障害、血圧低下、
ケイレン、浮腫、その他（ ）
3. 今までに喘息（ゼンソク）と言われたことはありますか？
□いいえ □はい
4. アレルギー体質、またはアレルギー性の病気はありますか？
□いいえ □はい・・・じんま疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、薬のアレルギー（薬名 ）、
食物のアレルギー（食物名 ）、その他（ ）
5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことはありますか？
□いいえ □はい・・・具体的腎臓疾患名（ ）
6. 心臓疾患があると言われたことはありますか？
□いいえ □はい・・・具体的心臓疾患名（ ）
7. 甲状腺疾患があると言われたことはありますか？
□いいえ □はい・・・具体的甲状腺疾患名（ ）
8. 糖尿病であると言われたことがありますか？
□いいえ □はい
9. 高血圧の薬を飲んでいますか？
□いいえ □はい
10. 次に挙げる疾患はありますか？
□いいえ □はい・・・疾患名（マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫・急性すい炎）
11. 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
□いいえ □はい
12. 現在、授乳中ですか？
□いいえ □はい・・・（投与後は、一時的に授乳をお避けください）

同意書（同意または拒否どちらか一方の□にチェックのうえ署名をお願いします）

私は（別紙）「造影剤を使用する検査をうけられる方へ」を読み理解しました。

造影剤を使用する必要性和副作用の危険性について説明を受け、納得しました。

☐ 造影剤の使用に同意します。（同意された場合でも、検査を受けるまではいつでも撤回できます。）

☐ 造影剤の使用を拒否します。（造影剤を使用しないことによる結果について責任を追及しません。）

令和 年 月 日

患者様または代理人（続柄 ） 署名

印

《医師記載欄》

血清クレアチニン _____ mg/dl （令和 年 月 日 測定）

造影剤使用

可 ・ 不可

令和

年

月

日

医師署名