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、または点滴）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 … 蕁麻疹、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 ）、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と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　　㊞

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

医療法人朋愛会 朋愛リハビリテーション病院　TEL 06-6973-7100　FAX 06-6973-3322