

造影CT検査 問診票・同意書

検査予定日 年 月 日

患者名

様

問診票

安全に検査を行うために以下の質問の該当する項目に○をつけ、必要時は()内に記入ください。

- 喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか
いいえ はい → 現在(治療中・治療なし) 最終発作()歳
 - 腎臓が悪い(腎不全)といわれたことがありますか。または、透析中ですか
いいえ はい 透析中
 - 今まで造影剤を用いた検査を受け、気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか
いいえ はい 造影検査を受けたことがない
〔あれば○で囲んでください〕
はきけ 嘔吐 かゆみ ほっしん くしゃみ 頭痛 血圧低下 その他()
 - アレルギー体質(薬・食べ物・アトピー・花粉症)といわれたことがありますか
いいえ はい ある場合は具体的に()
 - 糖尿病のお薬を服用していますか
いいえ はい 薬品名()
 - 抗血栓剤(血液をサラサラにする薬)を内服していますか
いいえ はい 薬品名()
 - 心臓・脈の病気はありますか
いいえ はい → 心筋梗塞・狭心症・心肥大・不整脈・心不全・その他()
 - 心臓ペースメーカーまたは植え込み型除細動器が体内に入ってますか
いいえ はい はいの場合ペースメーカー手帳をご持参ください
 - 甲状腺の病気はありますか
いいえ はい 病名()
 - 妊娠の可能性はありますか
いいえ はい
 - 授乳中ですか
いいえ はい
- * 必ず記入してください 血清クレアチニン()mg/dl 体重()kg

検査依頼医師記入欄

私は検査説明書を患者様に渡し、検査についての説明を行いました。

問診票を確認の上で検査を依頼します。

年 月 日

依頼医師名

検査同意書

私は造影CT検査に関して説明を受け、その必要性を理解しました。

造影剤の使用に関しては、副作用の可能性についても理解しました。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることも理解しました。

以上をもって検査に同意します。

年 月 日

ご署名

* 本人が記入できない場合は続柄()