

造影検査（CT・DIC・DIP等）問診・同意書

哲翁病院 院長 宛

【問診・注意事項】

1. 今までに造影剤を使った検査を受けた事がありますか？（ある ・ ない）
2. 1.であると答えた方は、その時何か変わったことはありませんでしたか？
あった方は具体的に[]
3. アレルギー体質・疾患といわれたことがありますか？（ある ・ ない）
ある方は、該当するものを○で囲んで下さい。
蕁麻疹、花粉症、喘息、アトピー、食物、薬剤、他[]
4. 以下の病気と言われたことや、その病気の治療を受けたこと、あるいは現在治療中のものがありますか？
腎疾患等[]、甲状腺疾患等[]、
心疾患等[]、肝疾患等[]、
糖尿病、緑内障、喘息

※ビグアナイド系糖尿病薬(メトグルコ錠等)を服用の方は、検査前 48 時間+検査後 48 時間を休薬して下さい。(乳酸アシドーシスを起こす臨床例があります。)

【同意事項】

造影剤とは、画像診断にあたり情報量を増すために必要な検査薬です(静脈に注射します)。しかし、造影剤使用時には、吐き気・かゆみ・蕁麻疹・息苦しさなどが出たりする事があります。これらの副作用には、注射中・その直後におこる即時性と、検査終了後数時間から数日後におこる遅発性があります。また非常にまれですが、腎不全やショック等の重篤な副作用も報告されています。

【造影検査に関する同意】

あなたは今回の検査目的、造影剤の副作用の説明を受け、その必要性を理解し検査を受ける事に同意されますか？どちらかを○で囲んで、ご署名ください。

同意する ・ しない

平成_____年_____月_____日 御署名_____

代理署名者名_____

注)本人が未成年または署名できない場合に記入下さい。

紹介医_____

*検査当日、診療情報提供書（検査依頼書）と一緒に持参下さい。