

< 造影剤使用同意書及び検査問診票 >

氏名

造影剤検査（CT・MR）を受けられる方へ

今回の検査は造影剤という注射薬を使用しての検査です。この造影剤は身体の中をより鮮明に写しだし、詳しい検査をするために必要な薬です。しかし、造影剤の使用時には吐き気やじんま疹などのアレルギー症状が診られることがあります。また、非常に稀ですがショックといった重篤な副作用も報告されています。

造影剤の必要性と危険性をよくご理解の上、下記の間診事項にお答えいただき同意書にご署名をお願いします。

問診事項

1. ピリン・ペニシリン・特定の食べ物で発疹などアレルギーを起こしたことや、花粉症などありますか？

（ある・ない）

2. 以前に造影剤を使用した検査をしたことがありますか？

（ある・ない）

「ある」と答えた方にお伺いします。

その検査中に発疹・吐き気など薬による副作用症状が出て、治療を受けたことがありますか？

（ある・ない）

「ある」の方は造影検査ができない場合があります。

3. ぜんそく(喘息)になったことがありますか？

現在喘息の方には造影検査はできません。ご心配な方は主治医に申し出てください。

（現在治療中・過去になった・なっていない）

4. 以下の病気のある方は、○をつけてください。

（不整脈・心臓の病気・糖尿病・甲状腺の病気・ない）

☆糖尿病に○を付けられた方は、糖尿病治療薬名を記入してください。

糖尿病薬名（ ）

5. 腎臓が悪いと言われたことがありますか？

（ある・ない）

eGFRの値を記入してください。

eGFR（ ）

※CTはe-GFR60以下、MRIは30以下で造影不可とします。

6. 体重を記入してください。（ ）キログラム

（体重により、造影剤の量を変える場合があります。）

[担当医] _____ 印

近江八幡市立総合医療センター 造影剤使用同意書

年 月 日

氏名

（本人又は、親権者等 親権者の場合、本人との関係）

主治医から、検査の必要性とそれに伴う副作用などについて十分に説明を受け理解しましたので、その実施について同意します。また、その実施に関した緊急の診療行為について、医師が必要かつ適切と判断した場合には、その治療行為を受けることに同意します。