

造影剤使用のための問診票・同意書

IDNo. _____

部署 _____ 科 外・入
様 _____ 階 センター

【注意事項】

- ※必ず問診票・同意書記入前に、造影剤の説明を主治医（依頼医）から受けてください。
- ※この問診票、及び同意書への記入がない場合は造影検査を行なえませんのでご注意ください。
- ※ぜんそくあるいは重篤な方の造影検査の場合は、事前に放射線部へご連絡ください。

紹介施設： _____ 紹介医： _____

◎造影剤による副作用を防ぐために、以下の問診票・同意書にご記入下さい。

問診票

問診日： 年 月 日 ()

(有効期限内問診票使用のため問診不要)

※有効期限：問診日より3ヶ月間

.....《患者様記入項目：①～③》.....

① アレルギーはありますか？

なし あり (下のの中から選んでください) わからない

[ぜんそく アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 食物に対するアレルギー
 じん麻疹 薬に対するアレルギー (薬剤名： _____) その他 (_____)]

② 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか？

なし あり (下の設問に答えてください) わからない

① いつ頃ですか？.....(_____ 年 _____ 月頃)

② 何の検査ですか？.....CT、MRI、血管造影、腎臓造影、その他 (_____)

③ その時にどこか具合が悪くなりましたか？

なし あり (症状： _____) おぼえていない

③ 下に示す様な病気がありますか？

なし あり (下のの中から選んでください) わからない

[甲状腺機能亢進症 (バセドウ病など) 褐色細胞腫
 人工透析 腎障害 糖尿病 その他 (_____)]

.....《主治医 (依頼医) 記入項目：④～⑥》.....

④ 本人 (代理人) への造影剤説明書の手渡しは済みましたか？

済み

⑤ 血清クレアチニン値もしくは eGFR 値を教えてください。(うらに Dr 参照用文章あり)

血清クレアチニン値 (_____ mg/dl) eGFR 値 (_____ mL/min/1.73m²) 測定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑥ 以下の薬を服用していますか？

なし ビグアナイド系糖尿病薬 (造影検査前後に休薬が必要です) β ブロッカー

.....以下「患者さんへの説明・問診確認書」「同意書」は造影検査のつど署名が必要です。.....

患者さんへの説明・問診確認書 (主治医 (担当医) の直筆署名)

しげい病院長 殿

造影検査において、その利点と造影剤投与により起こり得る合併症・副作用について

患者・代理人 (_____) さんに十分説明しました。

問診の結果から造影剤使用可能と判断し、検査依頼いたします。

主治医 (担当医) _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書 (本人 (代理人) の直筆署名をお願いします)

しげい病院長 殿

主治医 (担当医) からの説明により、造影検査の利点と造影剤投与により起こり得る副作用・

合併症を理解した上で、検査時の造影剤投与に同意いたします。

本人 (代理人：患者さんとの関係： _____) 氏名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

造影検査施行医： _____

造影検査担当技師： _____