

CT 造影検査 問診票・同意書

●造影剤 使用経験について

なし あり→ CT MRI 血管造影 ミエログラフィー その他()

●造影剤 副作用歴について

なし あり→ 吐き気 嘔吐 じん麻疹 血圧低下 頭痛 その他()

●喘息歴について

なし あり→ 現在治療中 現在治癒している

●アレルギー歴について

なし あり→ じん麻疹 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー アレルギー性鼻炎
飲み薬・注射薬に対するアレルギー() その他()

●腎機能障害について

なし あり→ 人工透析: なし あり

●糖尿病について

なし あり→ 下記の薬を常用している方は、○で囲んで下さい。

ビグアナイド系 糖尿病薬	*メトグルコ	*メトホルミン	*グリコラン	*ネルビス	*メデット	*ブホルミン
	*メタクト	*ジベトス	*ジベトン	*エクメット	*その他()	

※上記服用者は腎機能低下時(eGFR:45 未満)には造影検査日の、前後 2 日内服を中止して下さい。

実際の服用方法については担当医にご相談下さい。

●甲状腺疾患について

なし あり→ 病名:()

●妊娠または授乳について(女性のみ記入して下さい)

なし わからない あり→ 妊娠中 授乳中

●身長()cm

●体重()kg ※体重により使用造影剤量を決定します。

同意書

【患者記入】

造影検査の目的、危険性について医師からの説明を理解し、造影検査を受けることについて

同意します 同意しません

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____

又は代理人(※親権者)署名 _____ 続柄 _____

※患者様が未成年(20 歳未満)の場合、親権者氏名の記入もお願い致します。

【医師記入】

上記署名者に対し造影検査について、その必要性と内容および起こりうる危険性、合併症などについて説明しました。また上記の項目の確認を行いました。

説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師署名 _____

【医師記入】

eGFR 又は血清クレアチニン値 (eGFR ・ Cr _____ 年 _____ 月 _____ 日) 有効期限:過去 3 ヶ月

※eGFR:30 未満では原則として造影検査を行いません。

受付時間 月～金(8:30～17:15)

土曜日(8:30～12:30)

〒710-0826 倉敷市老松町 4 丁目 3-38

社会医療法人全仁会 倉敷平成病院 ☎086-427-1111

放射線部受付(直通) ☎086-427-1194