

## CT 造影検査問診票・同意書

患者様・院内保管

ID:	造影検査とは、ヨード造影剤を使う、CT 造影検査、尿路造影検査、ガストログラフィン使用検査、膵胆道造影検査、整形外科造影検査等です。 *造影検査について理解を深めて頂き、安心して検査を受けて頂くために、この問診票は必要なものです。		
氏名	紹介元 _____ 医師 _____		
生年月日	性別		

## 問診項目

1. 今までにヨード造影剤を使った造影検査をしたことがありますか。 はい いいえ  
はいと答えた場合、副作用がありましたか。(はいは投与禁忌です) はい いいえ  
症状( )
2. 重篤な甲状腺疾患がある。(はいは投与禁忌です) はい いいえ
3. 気管支喘息がある。 はい いいえ
4. アレルギー歴がある。 はい いいえ  
はいと答えた場合はその内容( )
5. 腎機能障害がある。 はい いいえ  
クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl 採血日 月 日 (造影検査前3ヶ月以内に採血したものがが必要です)

◎造影剤使用による腎機能障害を防止するために腎機能を調べておく必要があります。当院の血清クレアチニン値の正常値は0.5~1.09mg/dlです。1.1mg/dl以上の場合は、原則禁忌とします。

6. 現在の体重( ) Kg  
\*以下の場合には慎重投与が必要です。  
一般状態の極度に悪い方、気管支喘息・重篤な心障害・肝障害・腎障害のある方、急性膵炎・マクログロブリン血症・多発性骨髄腫の方、テタニーのある方、褐色細胞腫およびその疑いのある方。

## 判定

造影検査をしてよろしい。

判定医師名 \_\_\_\_\_

記載日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## CT 造影検査同意書

私は、造影検査を受けるにあたり、その内容について十分な説明を受け診療上必要であることを理解しましたので、ここに同意署名致します。

署名日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_

## 【造影検査を受けられた方へ】

検査後は造影剤を速やかに排泄させるために、いつもより多めに水分を取って下さい。  
また、検査終了後、1時間から数日後に発疹、かゆみ、じんま疹、頭痛、吐き気等の症状が見られる場合は、病院にご連絡下さい。