

CT造影検査問診票・同意書

患者様・院内保管

ID:		この問診票・同意書は、C T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、必要なものです。	
氏名			
生年月日	性別		
		紹介元	医師

検査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

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
6	eGFR値 _____ ml/min/1.73m ² 採血日 月 日 (造影検査前3ヶ月以内の採血から算出します)		

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。
eGFR値 44 ml/min/1.73m²未満の場合は、原則禁忌とします。
ビグアナイド系糖尿病薬服用中に造影検査を行う場合は検査日の前後2日間中止して下さい。

7	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。	立ち会い医師名()
	記載日 年 月 日
	記載者サイン

C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。

JCHO 宇和島病院 0895(22) 5616
2015.06改正 2019.10.10改正