

【 造影CT・造影MRI・胆嚢造影 (DIC)・腎盂造影 (DIP)検査 問診票 】

検査を安全に行うために以下の点についてお尋ねいたします。お答え下さい。

アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか

いいえ はい

- 1.喘息 2.じんましん 3.アレルギー性鼻炎 4.花粉症
5.アトピー性皮膚炎 6.食物アレルギー 7.飲み薬
8.注射の副作用 9.その他 ()

今までに造影剤を用いた検査をしたことがありますか

いいえ はい

- [1.CT 2.MRI 3.腎臓 4.胆嚢 5.血管 6.その他 ()]
いつ頃でしたか (年 月)

その時に副作用はありましたか

いいえ はい

- 1.気分不良 2.吐き気 3.嘔吐 4.くしゃみ 5.じんましん
6.かゆみ 7.その他 ()

今までに腎臓が悪いといわれたことがありますか

いいえ はい

女性の方にお聞きします。現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか。

いいえ はい

【 造影検査 同意書 】

【 造影CT・造影MRI・胆嚢造影 (DIC)・腎盂造影 (DIP) 】検査は、造影剤を血管内に注射して行う検査です。

造影剤の副作用として、(1000人に4~10人程度)吐き気、嘔吐じんましん等の軽い症状、

(2500人に1人程度)呼吸困難やショックなどの重篤な症状が出ることもあります。

万一、副作用が発生した場合には、速やかに薬物療法・手術などの処置・治療を行います。

検査の目的・必要性・方法については、

平成 ____年 ____月 ____日 に、患者氏名 _____様

同席者 _____様に説明致しました。

説明者 (医師) _____

* 私は、上記の内容の説明を受けた結果、検査・治療を受けることに

同意いたします

同意いたしません

記入日 平成 ____年 ____月 ____日 本人署名 _____

代筆者名 _____ 患者との続柄 _____