

造影CT検査の同意書

地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 院長殿

名 称 _____ 造影CT検査 _____

検 査 日 _____

説明 医師 _____ (印)

同席者（職種： _____） _____

上記、検査・処置について説明医師から十分な説明を受けました。

その結果、自らの自由意思により検査に関し、

☐ 1. 検査を受けることを同意いたします。

☐ 2. 説明内容が理解できませんでしたので、検査は受けません。

☐ 3. 説明を受けましたが、セカンドオピニオンを求めます。

☐ 4. その他

同 意 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人署名 _____ (印)

親族または代理人署名（自筆） _____ (印) 続柄（ _____ ）

※ご本人が未成年者や後見人がいる場合、または判断能力がない場合は必ず必要

（お願い）原本を患者さんにお渡し頂き、検査当日、当院へお持ち下さい。

造影CT検査 の 問診票

I D : 氏 名 : 様
 生年月日 :
 診療科 : 検査日 :
 依頼医 :
 *この問診票は、より安全に造影検査を行うために必要です。医師が内容を確認し、造影剤を使用できるか判断しますので、正確に太枠内の1～6にご記入いただきますようご協力をお願いします。

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
【はいの方】 CT MRI 胆道造影 尿路造影 その他 ()		
【はいの方】 その時副作用はありましたか (帰宅後含めて)	はい	いいえ
【はいの方】 その副作用を○で囲んでください 吐き気 嘔吐 発疹 くしゃみ 呼吸困難 胸痛 血圧低下 その他 ()		
2. 最近5年以内に喘息で治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
3. アレルギー性の病気や体質がありますか	はい	いいえ
【はいの方】 病名を○で囲んでください アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 薬物アレルギー () その他 ()		
4. 甲状腺亢進症(バセドウ病) 骨髄腫 マクログロブリン血症 テタニー 褐色細胞腫 急性膵炎 のいずれの疾患で治療を受けたことがありますか または、現在治療中ですか	はい	いいえ
5. 糖尿病と言われたことがありますか (はいの方: 薬剤名)	はい	いいえ
6. ※女性の方のみお答えください 現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ
7. 現在の身長と体重を記入してください () cm () kg		

医師記入欄	造影剤使用について 医師判定	eGFR45 以上⇒通常どおり検査可能 <u>eGFR:</u> 30～45⇒生理食塩水の負荷など検討 <u>測定日:</u> 30 未満⇒検査の中止を検討 (3ヶ月以内のもので判定)	
		・造影剤副作用歴 有無 ・喘息既往(5年以内) 有無 ・eGFR30～45 30 未満 □ 使用可 □ 生食負荷あり使用可 □ その他()で使用可	
		を確認し、依頼医判断のもと いずれかに必ず チェックを	
	判定日	20 年 月 日	ビグアナイト系糖尿病薬の服用 有・無
	医師署名	(印)	※ビグアナイト系糖尿病薬は 検査当日の朝から中止し検査後 48 時間から再開指示して下さい

加古川中央市民病院 放射線部

(お願い) 原本を患者さんにお渡し頂き、検査当日、当院へお持ち下さい。