CT 造影検査用　　【様式 10】

ヨード造影剤使用に関する問診票・同意書

ID　@PATIENTID　　氏名　@PATIENTNAME
検査名　造影 CT 検査　　検査日　@KENSADATE2

【医師記入欄】⇒**この欄に記載のないものは造影検査できません**

ヨード造影剤検査チェックリスト（依頼医師が必ず問診のうえ、下記項目に記入ください）

1. ヨード造影剤でのアレルギー歴（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
2. ヨード造影剤でのショック既往（絶対禁忌です。主治医同伴のうえ、検査ください）　□あり　□なし
3. 気管支喘息の既往歴（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
4. 甲状腺機能亢進症（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
5. 腎機能の確認（eGFR30 未満では造影剤腎症に関する説明と適切な予防策を講じることを推奨）　□ 済　□ 未
   ※外来患者は 3 ヶ月、入院患者は 7 日以内の検査が『未』の場合は血液検査をオーダしてください。
6. 他の造影剤でのアレルギー歴（禁忌ではありませんが、副作用の頻度が増えます。）　□あり　□なし

【患者記入欄】

1. これまで造影剤を使用して検査を受けたことがある。　□はい　□いいえ
   上記「はい」の場合、そのとき副作用があった。　□はい　□いいえ
   ●何の検査のときでしたか？　□CT　□腎盂尿管造影　□胆嚢造影　□血管造影　□MRI
   ●副作用があった方は具体的にどのような症状でしたか？
   □吐き気･嘔吐　□蕁麻疹　□呼吸苦　□血圧低下　□その他（　　）
2. 気管支喘息といわれたことがある。
   □はい　（□治療中　□治療中ではないが時々発作がある　□数年は症状なし　□小児期のみ）
   □いいえ
3. 腎臓病・腎臓の機能が悪いといわれている。あるいは透析をしている。　□はい　□いいえ
4. アレルギーの病気を患ったことがある。　□はい（具体的に　　）□いいえ
5. 下記の病気をいわれたことがある。　□はい　□いいえ
   □甲状腺機能亢進症　□褐色細胞腫　□多発性骨髄腫　□マクログロブリン血症
6. 糖尿病の薬を飲んでいる。　□はい（薬の名前：　　）□いいえ
7. （女性の方のみ）妊娠中もしくは妊娠の可能性がある。　□不明　□はい　□いいえ
8. （女性の方のみ）授乳中である。※授乳制限は特に必要ありませんが、不安があれば 24 時間を目安に制限して下さい
   □はい　□いいえ
9. 検査を受けられる方のおおよその体重をご記入ください。　＿＿＿＿＿＿kg

同意書

兵庫県立丹波医療センター 院長 様
主治医の説明により造影剤使用の検査の必要性を理解しました。別紙の説明書を読み、造影剤の副作用やその頻度を理解しましたので、造影検査を受けることに同意します。また、万が一、造影剤の副作用が生じた場合、必要な処置を受けることを了承します。
西暦　　年　　月　　日

患者本人 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人 氏名＿＿＿＿＿＿＿（続柄＿＿＿）

検査を受けるご本人が未成年や意識障害などのある場合には代理人のご署名もお願いします。

説明担当医 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿