

検査問診・同意書

氏名 様

生年月日

年齢 性別

体重 kg

問診は、検査を安全確実に行うためのものです。

わかる範囲で結構ですので、正確に記入をお願いします。

医師サイン

- 1 今までに造影剤（注射）を用いて検査を受けたことがありますか？
なし ある （CT検査・MRI検査・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査）
- 2 造影検査を受けた方にお尋ねします。
そのとき副作用はありましたか？
なし ある 発疹・はきけ・その他（ ）
- 3 アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？
なし ある ぜんそく・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎・花粉症
飲み薬・注射の副作用（ ）
- 4 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれた事がありますか？
なし ある
- 5 血縁者の中で、ぜんそくやアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？
いない いる（具体的に）
- 6 体の中に金属・磁性体がありますか？また、身につけているものはありますか？
なし ある 心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・人工弁・人工骨頭
人工内耳・入れ墨・補聴器・入れ歯・義足・義眼・腕時計
その他（ ）
- 7 糖尿病治療薬（BG系薬）を服薬していませんか？
なし ある
（休薬 日目）
〔 ・メトグルコ ・メトホルミン・ネルビス
・グリコラン ・ジベトス ・ジベトンS
・エクメット ・イニシントク ・メタクト 〕
- 8 何か持病や手術を受けたことはありますか？あればご記入ください。
〔 〕

以上の質問のうち2～5で「ある」「いる」とお答えされた方は、副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、医師・担当技師の判断で造影剤を使わない場合もあります。また、全てが「なし」「いない」とお答えした方でも、稀に副作用が起こることもあります。万が一起きた場合には、最善・最適な処置を行います。

*いずれかを○で囲んでください。

医療法人済恵会須藤病院 院長殿

私は、造影検査（造影CT・造影MRI）における造影剤の使用に関して、別紙の説明書に基づき上記説明担当者より説明を受け、質問する機会を与えられました。造影剤の必要性やその副作用について十分理解した上で上記のようにお答えします。

●今回上記造影検査に際し、造影剤投与を受けることに同意します。

また、予期せぬ事態の際に緊急処置の必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意します。

令和 年 月 日 本人署名

保護者または代理人氏名

（続柄）

医療法人済恵会須藤病院