

【問診票】

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。
なし あり：CT MRI 胆道造影 尿路造影 その他()
 →「あり」の場合(そのとき「帰宅後も含めて」副作用がありましたか。
なし あり：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. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。あれば具体的にお書き下さい。
なし あり(具体的に:)
3. 患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。
なし あり：気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー
4. 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありますか。
なし あり(具体的に:)
5. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありますか。
なし あり(具体的に:)
6. 経口糖尿病薬を使用していますか。
なし あり(具体的に:)

【説明医師署名欄】

上記患者に対して、私が検査および造影剤使用の目的について説明しました。

説明実施日： 年 月 日

医師氏名： _____ 科

【造影検査に関する同意書】

私は、現在の病状、造影検査について説明を受けました。

納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

造影検査を受けることに同意しません。

記入日： 年 月 日

患者氏名： _____

(ご本人が署名できない場合) 代理人(署名)： _____
 (続柄)

(説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく医師に質問して下さい。同意書をいただいた後でも、質問をお受けいたします。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)