

## ヨード造影剤検査問診票及び同意書

造影検査を安全に行うために、下記の質問にお答えください。

①今まで造影剤（注射や点滴）を使った検査を受けたことがありますか？

あり→CT検査・MRI検査・血管造影検査・腎臓の検査・その他（ ）

ない

②今までに造影剤検査を受けられた方にお聞きします。

その際に副作用はありましたか？

あり→吐き気・嘔吐・かゆみ・湿疹・くしゃみ・血圧低下・その他（ ）

ない

③今まで喘息といわれたことがありますか？

あり→現在も症状がある。 治療中である。 過去に症状があった。

ない

④薬や食べ物などでアレルギーがでたことやアレルギー体質と言われたことはありますか？

あり→具体的に（ ） ない

⑤腎臓が悪いといわれたことや腎臓の病気をしたことがありますか？

あり→具体的に（ ） ない

⑥次の病気にかかったことがありますか？

あり→心臓の病気・糖尿病・甲状腺機能亢進症 ない

⑦糖尿病の薬を飲んでいますか？

はい→（薬剤名： ） いいえ

\*ビグアナイド系糖尿病薬を内服されている方は検査日前後2日間休薬していただきます。

休薬期間 月 日 ～ 月 日

---

## ヨード造影剤使用の同意書

私は造影剤の必要性と副作用について説明しました。

平成 年 月 日

主治医氏名

私は造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について説明を受けて理解しましたので造影剤を使用することに同意します。また副作用が生じた場合には必要な処置を受けることも承諾します。

平成 年 月 日

患者氏名（署名）

代理人氏名（署名）

（患者との続柄： ）

医療法人 檉本会 檉本病院