

ヨード造影剤検査 問診票

放射線科 チェック欄

医院名

ID

患者氏名

性別

生年月日

検査予定日 年 月 日 時 分

検査名 ☐CT ☐腎尿路系 ☐胆道系 ☐関節・脊髄造影
☐血管撮影 ☐その他〔 〕

あなたが受けられる検査では、ヨード造影剤という薬を注射します。
これは安全な薬ですが、稀に薬に過敏な方がおられますので以下の質問に記入し、お答え下さい

記入者は以下の該当する項目の□にチェックを入れてください

☐本人 ☐親族・・・本人との続柄（ ）
☐その他・・・本人との関係（ ）
本人への問診不可能な理由：☐意識状態不良 ☐緊急 ☐乳幼児

患者氏名()体重(kg)

- ヨード造影剤を用いた検査を以前に受けた事がありますか？
☐ない ☐ある（※の質問へ） ☐不明
- ※）ヨード造影剤を用いた検査で異常を感じた事がありますか？
☐ない ☐不明
☐ある→検査名（ ） いつ頃（ ）
異常の内容：☐発疹 ☐発赤 ☐血圧低下 ☐その他（ ）
- 薬剤の使用や食品で、発疹・じんましん等、異常が起きたことがありますか？
☐ない ☐不明
☐ある→薬品・食品名（ ） いつ頃（ ）
異常の内容：☐発疹 ☐じんましん ☐血圧低下 ☐その他（ ）
- 気管支喘息の既往がありますか？
☐ない ☐ある（※の質問へ） いつ頃（ ）
- ※）現在、喘息の薬（吸入など）使用していますか？ ☐いいえ ☐はい
- 現在、糖尿病の薬は飲んでいますか？
☐いいえ ☐はい→薬品（ ）
- 腎臓の病気の既往がありますか？
☐ない ☐ある（※の質問へ） いつ頃（ ）
- ※）現在、治療や薬は飲んでいますか？ ☐いいえ ☐はい
- 女性のみお答え下さい
現在、妊娠していますか？ ☐いいえ ☐はい ☐わからない

ヨード造影剤を使用する検査の依頼医師は、腎機能を記入し上記項目の確認後サインをお願いします
※禁忌、原則禁忌事項を十分考慮した上でご依頼ください。

腎機能 eGFR：（Cr: ）原則としてeGFRの値が30以下は造影不可となります。

*過去3ヶ月以内の検査データを記入。eGFRの値がない場合のみCrでも可。

*腎機能は造影剤を血管内投与する検査のみ記入してください。

問診日

確認医師〔 〕

造影検査同意書

記入日： 年 月 日

医院名

患者氏名 () 男・女

生年月日 年 月 日 (歳)

静岡市立清水病院 病院長殿

私は造影剤使用について説明を受け、その必要性及び副作用について理解しました。

☐ 造影剤検査を行うことに同意します。

☐ 造影剤検査を行うことに同意しません。

(※造影剤を使用しない場合の検査精度の低下等の不利益を了承し病院の責任を問いません。)

検査予定日 年 月 日 時 分

検査名 ☐CT ☐腎尿路系 ☐胆道系 ☐関節・脊髄造影 ☐血管撮影 ☐子宮卵管

☐MRI ☐その他()

患者様氏名： (性別：)

*患者様氏名は代理人又は後見人署名の場合も記入

代理人又は後見人氏名： (続柄：)

*同意書は検査施行前ならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

医師署名：

静岡市立清水病院 TEL：054-336-1111