

<造影検査同意書兼問診票>

医師記入欄	
患者氏名	_____
造影検査種類	_____ CT _____ MR _____
説明担当医師名	_____
説明日	_____年 _____月 _____日

患者さんに、以下をご記入いただき当日持参して下さい。

(1~7の質問にお答え頂き、造影検査の同意または拒否の欄にご署名ください)

1. 今まで、造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

はい ( CT ・ MR ・ 腎臓検査 ・ 血管造影 ・ 胆嚢検査 )     いいえ     わからない
2. その時、副作用はありましたか？

はい ( 発疹 ・ かゆみ ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ その他 \_\_\_\_\_ )     いいえ     わからない
3. 重い甲状腺の病気はありますか？

はい ( バセドウ病 ・ その他 \_\_\_\_\_ )     いいえ     わからない
4. 以下の病気といわれたことがありますか？

はい    『はい』の方は当てはまるものに○を付けて下さい。     いいえ     わからない

喘息(ぜんそく)、重い心臓の病気、重い肝臓の病気・腎臓の働きが悪い・マクログロブリン血症  
多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫・ヘモクロマトーシス等鉄過敏感症・出血性疾患
5. アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか？

はい    『はい』の方は当てはまるものに○を付けて下さい。     いいえ     わからない

じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・鉄過敏感症  
(その他 薬・食べ物 ; \_\_\_\_\_ )
6. 糖尿病の薬を飲んでいますか？ (飲んでいる方は確認のため、検査当日お薬をお持ち下さい。)

※別紙注意書きに記載されているビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

はい (薬剤名 \_\_\_\_\_ )     いいえ     わからない
7. 造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入下さい。 ( \_\_\_\_\_ Kg)

《 造影検査に同意される方の署名欄 》

私は、造影検査の必要性和造影剤の危険性について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 (署名) \_\_\_\_\_  
 代理人：続柄( \_\_\_\_\_ )※代理人が署名する場合は患者本人の名前も記入してください

《 造影検査を拒否される方の署名欄 》

私は、造影検査の必要性和造影剤の危険性について説明を受けましたが、造影検査を受ける事を拒否します。その結果について、主治医・検査担当医・病院の責任を追及しないことに同意します。

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人 (署名) \_\_\_\_\_  
 代理人：続柄( \_\_\_\_\_ )※代理人が署名する場合は患者本人の名前も記入してください。

りんくう総合医療センター使用欄

同意書確認者 \_\_\_\_\_ 使用薬剤名 \_\_\_\_\_