

＜依頼される先生へ＞

安全に検査を行うため、①～⑦について患者様に問診を行い、記入をお願いします。

①今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがある。

ある（CT・MRI・腎臓検査・血管造影） ない

②上記で受けたことがある方へ、その時に副作用はありましたか？

あった（発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・クシャミ） ない
（その他： ）

③重い甲状腺の病気がある。 ある（バセドウ病・その他） ない

④以下の病気を言われたことがある。

ある（「ある」の方は、当てはまるものに○を付けて下さい。） ない
喘息（ぜんそく）・重い心臓の病気・重い肝臓の病気・腎臓の働きの悪い方
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

⑤アレルギー体質・アレルギー性の病気がある。

ある（じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎） ない
「ある」の方は具体的に（薬・食べ物： ）

⑥糖尿病の薬を飲んでいる。 飲んでいる（*1） 飲んでいない

※1 別紙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、検査前2日・当日・検査後2日の計5日間の休薬が必要です。薬剤名がわからない場合は糖尿病の主治医（かかりつけ医）に確認して下さい。

⑦腎機能の数値と体重を記入して下さい（腎機能数値が不明の場合は造影検査ができません）

【eGFR値】 検査日 年 月 日 【eGFR値】（ ）

【体重】 ■（ ）kg

説明（確認）日 説明（確認）医師 (印)

(記名押印または署名)

＜患者様へ＞

以下（同意か拒否）のどちらかにチェックを入れて署名し、検査当日持参してください。

【**造影検査に同意します**】 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。)

【**造影検査を拒否します**】 私は造影検査の必要性・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ことを拒否します。その結果について主治医・検査担当医・病院の責任を追究しないことに同意します。

西暦 20 年 月 日

署名者 本人 代理人：続柄（ ）

(署名)