

## CT・DIC・DIP 等造影検査のための問診票・同意書

JA 高知病院 病院長殿

問診日 年 月 日

該当する項目を○で囲んでください。1、2、3、5 の「はい」を選ばれた方は適した項目を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な言葉をお書き下さい。

1. 今までに造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？（いいえ・はい）

受けたことがあると答えた方へ、どの検査ですか？

- 1) CT検査    2) 腎・尿路造影 (DIP/IVP)    3) 胆のう・胆管造影 (DIC)  
4) 血管造影    5) 心臓カテーテル検査    6) MRI 検査

2. その時、副作用はありましたか？（いいえ・はい）

「はい」の場合は、詳しくお書き下さい。

発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）

3. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？（いいえ・はい）

あると答えた方へ、どのようなアレルギーでしょうか？

- 1) じんましん    2) アレルギー性鼻炎（花粉症も含む）    3) アトピー性皮膚炎  
4) ヨードアレルギー    5) 薬のアレルギー（薬剤名）  
6) 食物のアレルギー（食物名）  
7) その他（ ）

4. 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？（いいえ・はい）

5. 心臓・肝臓・腎臓・甲状腺が悪いと言われたことはありますか？（いいえ・はい）

「はい」の場合は、具体的にお書き下さい。

（ ）

6. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？（いいえ・はい）

7. その他、気になることや伝えたいことがあればお書き下さい。

（ ）

上述の問診のうち、問 2～5 で「はい」の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用が起こる確率が高くなりますので、検査担当医師の判断で造影剤を使用せずに検査を終了することがあります。

私は造影剤使用の必要性と副作用などについて説明を受け、納得したので造影剤使用に同意します。

（同意された場合でも、撤回することは可能です。）

年 月 日

患者氏名： .

住所： .

： 電話番号（ ） .

親族または代理者氏名：（続柄） .

住所： .

： 電話番号（ ） .

診療科： 担当医師： .

患者 ID： 検査日： 同席看護師： .