

CT 造影検査のための問診票・同意書

患者様用

JA 高知病院 病院長殿

問診日

年

月

日

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）

- 1)CT検査（ヨード） 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（ガドリニウム）

2. その時、副作用はありましたか？（いいえ・はい）

発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）

3. 治療を要するアレルギーはありますか？（いいえ・はい）

「はい」の場合は、詳しくお書き下さい。（ ）

4. 薬物治療が必要なぜんそく、アトピーにかかったことがありますか？（いいえ・はい）

（ ）

5. 以下の項目に当てはまるものはありますか？（いいえ・はい）

- 1)糖尿病 2)甲状腺機能亢進症 3)心不全 4)腎疾患・腎手術の既往 5)高血圧
6)多発性骨髄腫 7)テタニー

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。

（ ）

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： .

代理者氏名：（続柄） .

住所： .

電話番号： .

※8、9 は医師または看護師による記入をお願いします。

8. 直近3ヵ月以内のeGFR（疾患の急性増悪期又は入院患者は7日以内）※30未満は主治医に確認してください。

日付： eGFR：

※eGFRが30未満の方はPC-AKIのリスクが高まります。さらに乳酸アシドーシスのリスクも高まるので、糖尿病薬メトホルミン（ビグアナイド系）を服用中の方は注意が必要です。

9. 心疾患で服薬治療中の方でβ遮断薬内服中であれば、万が一アナフィラキシーが起こった場合の治療でアドレナリンの効果が減弱されるので、代わりにグルカゴンが必要となります。

β遮断薬内服（あり・なし）

診療科： 担当医師： (印)

患者ID： 検査日： 年 月 日 同席看護師：

CT 造影検査のための問診票・同意書

放射線科保管用

JA 高知病院 病院長殿

問診日

年

月

日

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）  
 1)CT検査（ヨード） 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（ガドリニウム）
2. その時、副作用はありましたか？（いいえ・はい）  
 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）
3. 治療を要するアレルギーはありますか？（いいえ・はい）  
 「はい」の場合は、詳しくお書き下さい。（ ）
4. 薬物治療が必要なぜんそく、アトピーにかかったことがありますか？（いいえ・はい）  
 （ ）
5. 以下の項目に当てはまるものはありますか？（いいえ・はい）  
 1)糖尿病 2)甲状腺機能亢進症 3)心不全 4)腎疾患・腎手術の既往 5)高血圧  
 6)多発性骨髄腫 7)テタニー
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。  
 （ ）

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： \_\_\_\_\_

代理者氏名： \_\_\_\_\_

（続柄） \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

※8、9は医師または看護師による記入をお願いします。

8. 直近3ヵ月以内のeGFR（疾患の急性増悪期又は入院患者は7日以内）※30未満は主治医に確認してください。

日付： \_\_\_\_\_

eGFR： \_\_\_\_\_

※eGFRが30未満の方はPC-AKIのリスクが高まります。さらに乳酸アシドーシスのリスクも高まるので、糖尿病薬メトホルミン（ビグアナイド系）を服用中の方は注意が必要です。

9. 心疾患で服薬治療中の方でβ遮断薬内服中であれば、万が一アナフィラキシーが起こった場合の治療でアドレナリンの効果が減弱されるので、代わりにグルカゴンが必要となります。

β遮断薬内服（あり・なし）

診療科： \_\_\_\_\_

担当医師： \_\_\_\_\_

印

患者ID： \_\_\_\_\_

検査日： \_\_\_\_\_

年

月

日

同席看護師： \_\_\_\_\_