

氏名：  
I D：

検査 予定日	( )
-----------	-----

◆造影剤使用における問診表および同意書◆

検査名： CT  MRI  IVP  DIP  DIC  その他 ( )

造影剤を使用する検査は、普通の各検査では写らない部分をはっきりと映し出すために行うものです。造影剤を注入すると、じんま疹などのアレルギー症状が出る場合がありますが、副作用のほとんどは一時的なものです。  
ごく稀に重篤な副作用が現れることがあります。現在の医学では予測し難いのが現状です。副作用に対して万全の体制を期していますが、事前のリスク評価のため下記の問診表と同意書への記載にご協力をお願いします。

- 問1 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか  
 なし  あり【CT MRI 血管造影 腎臓・胆嚢検査 その他 ( )】
- 問2 そのとき副作用はありましたか  
 なし  あり【吐き気 嘔吐 じんま疹 息苦しさ その他 ( )】
- 問3 アレルギー性の病気や体質はありますか  
 なし  あり【ぜんそく 花粉症 じんま疹 アトピー その他 ( )】
- 問4 糖尿病薬（ビグアイド系製剤）を内服されていますか  
 していない  している（薬品名： )
- 問5 造影剤の量を決めるため体重を記入してください  
[ ] kg

◎女性の方のみ以下の質問にお答え下さい

- 問6 現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか  
 なし  あり
- 問7 授乳中ですか  
 なし  あり

※副作用とは別に、造影剤が血管外に漏れてしまうことが0.7%程度発生すると言われており、ほとんどの場合は軽症ですが、多量の造影剤が漏れた場合は処置が必要となることがあります。

主治医： _____  検査の内容・造影剤副作用の説明を受けました。 造影剤の使用に同意します。  年 月 日  同意署名： _____  確認者（医師または看護師）： _____
--

ご不明な点は、医師・看護師・診療放射線技師にお尋ねください。