

造影CT 検査問診と同意書

患者ID

患者氏名

様

検査日

燕労災病院 病院長 殿

私は、造影剤の必要性やその副作用について説明を受け、同意は自由であり、いつでも撤回できることを理解した上で署名いたします。

年 月 日 患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

(続柄)

造影剤問診 以下の質問にお答えください。該当する番号や項目にチェックをして、必要な場合には()内に具体的に記入してください。

※心臓のCT(冠動脈CT)を受ける方は、この検査では一緒に飲んではいけな薬があります。

現在内服している薬があれば、必ず医師または看護師にお伝え下さい。 内服あり 内服なし

- 以前にも造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？
なし あり MRI CT 血管造影 その他()
- 造影剤で副作用を経験したことがありますか？
なし あり ☆副作用を経験したことがある方に質問します。どんな症状が現れましたか？
↳ くしゃみ 吐き気 おう吐 じんましん 血圧低下 その他
- 喘息はありますか？
なし あり 治療中 現在は治癒した
- アレルギーはありますか？
なし あり アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 食べ物 薬
- 重篤な心臓病はありますか？
なし あり() ペースメーカーあり
- 甲状腺の病気はありますか？
なし あり()
- 重篤な腎臓病はありますか？
なし あり() 透析中である
- 重篤な肝臓病はありますか？
なし あり()
- 妊娠の可能性はありますか
なし あり
- 糖尿病の薬を内服していますか
なし あり 薬剤名()
- 現在の体重 (Kg)

医師記入欄

私は、CT 検査での造影剤の使用について説明しました。

医療機関名 :

医師(署名)