

# 造影検査問診票

※ 依頼医師が確認の上記入して下さい

問診日： 年 月 日 検査名 CT / MRI

患者氏名

様

歳

体重

kg

☆ 造影剤を使用する検査を安全に行う為に、次の質問にお答え下さい。

- 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？ ない・ある
- 造影剤検査を受けたことがある方で何か副作用はありましたか？ ない・ある
- 気管支喘息と言われたことはありますか？ ない・ある
- 気管支喘息と言われたことがある方で、現在治療中ですか？ 治療中ではない・治療中である  
また、最後に発作を起こしたのはいつ頃ですか？ 最後に発作を起こしたのは( 頃 )
- アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？  
(じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎 など) ない・ある
- 薬を飲んだり、注射をしてアレルギー症状が出たことはありますか？  
(気分が悪くなった・熱が出た・じん麻疹が出た など) ない・ある
- 何か食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？ ない・ある
- 高血圧・不整脈・心臓病・腎臓病と言われた事がありますか？ ない・ある
- 現在、妊娠の可能性はありますか？ または母乳を授乳中ですか？ ない・ある
- 血清クレアチニン値を記入して下さい。【 mg/dl 】
- 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方は、お薬の名前を記入してください。  
以下の該当薬剤があれば○、なければお薬名を記入してください。  
{ グリコラン・メデット・メグルコ・その他( ) }

※ビグアナイド薬とヨード造影剤の併用について：【急性腎不全による乳酸アシドーシス発現のリスク有り】  
塩酸メホルミン(グリコラン・メデット・メグルコ等)は検査前48時間・検査後48時間の内服を中止する

## 同意書

【造影剤について】

- ・ヨードまたはガドリニウムなどを含んだ造影剤という薬を静脈注射して撮影します。
- ・造影剤を使用する事により、病変の存在や性状などより詳しく抽出され、診断に大変役に立ちます。
- ・検査に際しては、その時点での症状や以前にかかった病気などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中あるいは検査後にしばらくしてから下記のような副作用症状が起きることがあります。

軽い副作用：吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、せきなど

重い副作用：ショックやアナフィラキシー様反応(例えば呼吸困難や血圧低下など)が生じる事があります

私は、以上の目的、危険性について十分な説明を受け、造影検査に関する様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮したうえで、造影検査を受けることに同意いたします。また、副作用がみられたときには必要な処置を受けることを承諾いたします。

説明医師

医師名

年

月

日

本人

氏名

年

月

日

\* 検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合

代理人

氏名

年

月

日

(患者様との間柄： )

確認医師サイン  
(実施施設)

裾野赤十字病院 2023.7 改訂