

造影CT検査問診票・同意書

年 月 日

氏名：

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

医療機関及び医師名

性別： 男 ・ 女

〈造影CT検査をご依頼される先生へ〉

以下の項目について、患者様に問診し、のチェックあるいはご記入をお願いします。

1. ヨード造影剤を用いた検査で副作用の既往がない。
また、ヨード造影剤を使用した直近の検査歴がわかる場合は記載をお願いします

検査名 _____ (年 月 日)

2. ヨード（ヨウ素、ヨウ化カリウム、ヨウ化ナトリウム、ヨード系消毒剤）に過敏症がない。
3. 重い甲状腺機能障害がない。
4. 気管支喘息（小児喘息及びこれらの既往を含む）、重篤な心疾患、肝障害、腎障害、急性膵炎、多発性骨髄腫、褐色細胞腫、マクログリブリン血症またはテタニー等の疾患を有していない。
5. アレルギー体質ではない。（薬剤・食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・花粉症等）
6. β 遮断薬、インターロイキン2を使用していない。
7. ビグアナイド系の経口性糖尿病薬を内服していない。

以下、女性の患者様のみ

- 妊娠していない。
 授乳中ではない。

以下、心臓CT検査を依頼される場合のみ、ご記入ください。

8. ニトログリセリンや β 遮断薬に副作用の既往がない。
9. 緑内障、高度の貧血等の疾患がない。勃起不全治療薬の服用がない。
10. 房室ブロック、洞不全症候群、重度の末梢循環障害、血管攣縮性狭心症、低血圧症等の疾患、マクスルトの服用がない。

別紙「CT検査を受けられる患者様へ」を患者様にお渡し下さい。心臓CT検査を受けられる患者様にはさらに、別紙「心臓CT検査を受けられる患者様へ」をお渡し下さい。

今回の検査について十分な説明の上、下記同意書にサインをいただいで下さい。

〈患者様へ〉

同意書

別紙（「CT検査を受けられる患者様へ」「心臓CT検査を受けられる患者様へ」）をよく読み、検査の必要性、危険性、代替検査の有無等について十分に理解し、十分な質問の機会を得ました。造影CT検査を受けることに同意します。

また、検査を行う上で予測されない状況が発生した場合には、それに対する緊急処置を受けることにも併せて同意します。

年 月 日 氏名 _____