

## 【造影検査問診票】

検査を安全に行うために以下の点についてお尋ねいたします

該当する□の中に“レ”でチェックを入れてください

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか  
□なし □あり：CT・MRI・胆道造影・尿路造影・その他（ ）  
→ “あり” の場合、その時（帰宅後も含めて）副作用がありましたか  
□なし □あり：吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下・  
その他（ ）
2. 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患で治療を受けたことがありますか。あれば具体的にお書き下さい  
□なし □あり（具体的に： ）
3. 患者様本人にアレルギー性の病気や体質はありますか  
□なし □あり：気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー
4. 患者様以外のご親族、ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質はありますか  
□なし □あり：続柄と内容（ ）
5. 腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことがありますか  
□なし □あり：内容（ ）
6. 経口糖尿病薬を服用していますか  
□なし □あり：内容（ ）

医師記入 □造影剤使用可 □造影剤使用不可

確認日 年 月 日 医師署名 \_\_\_\_\_

## 【造影検査同意書】

榊原温泉病院 院長 殿

このたび、私が貴病院において、造影検査を受けるにあたり、造影剤の使用についての説明を受けて診療上必要であることを理解しましたので、その実施を承諾します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、速やかに処置・治療を受けることについても承諾します。

本人署名 \_\_\_\_\_ 印

(注) 患者様本人などが未成年者または署名できない場合などは下記にご記入ください。

保護者または保証人署名 \_\_\_\_\_

本人との続柄 \_\_\_\_\_