

造影検査問診表

太枠内にご記入ください。

患者氏名	_____様	_____歳	体重	_____kg
			身長	_____cm

この問診表は検査をできるだけ安全確実にを行うためのものです。

検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますのでご了承ください。

1. 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？
なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> (造影剤を用いた検査) (造影剤を用いた検査)
その時、副作用はありましたか？
なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 発疹・吐き気
その他 (_____)
2. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> かぶれ・じんま疹・ぜんそく
アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
のみ薬・注射の副作用 (_____)
その他 (_____)
3. 何か、持病はありますか？あればご記入ください。

4. 過去に手術を受けたことはありますか？
手術歴 (_____ 年頃 部位 _____)

同意書

1. 造影剤とは何か
2. 造影剤使用の利点
3. 副作用の危険因子について
 - A. 以前、造影剤で具合が悪くなったことはない
 - B. 本人や血縁者にぜんそくやアレルギーはない
 - C. 腎臓の病気がない
4. 造影剤使用の危険性について
 - A. 即時性副作用
 - B. 遅発性副作用
5. 緊急時の対応について
 - A. 即時性副作用
 - B. 遅発性副作用

DUMMY SAMPLE

検査名	検査予定日
CT・MR・IVP・DIP・その他()	年 月 日

私は、上記の検査における**造影剤使用**に関して、説明書を読み、担当医()科、
医師()に質問する機会を与えられ承しましたので、検査に際し、
必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。

獨協医科大学病院長殿

平成 年 月 日

患者氏名 _____

保護者または

代理人氏名 _____

(注)保護者又は代理人欄は、本人が未成年者または署名できない場合などにご記入ください。