

造影剤を使用する検査のための問診票および同意書

この用紙は必要事項記入後、**検査当日かならずお持ちください**
(忘れられますと検査できない場合があります)

◎ 検査を安全に実施するために該当する**項目□に✓印**を入れてください

1. 「造影剤を使用する検査のための説明書」をお読みにになりましたか？
 はい いいえ→お読み下さい。
2. 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？
 なし
 あり： CT MRI 血管造影 腎盂造影 胆道造影
 子宮卵管造影 その他 ()
2. 1.で検査を受けたとき、副作用はありましたか？
 ない
 あり： かゆみ 吐き気 くしゃみ 嘔吐 発疹
 ショック状態 その他 ()
3. 下記の病気と医師に言われたことがありますか？
 腎臓（腎機能）が悪い 気管支ぜんそく 甲状腺機能亢進症
 腎性全身繊維症 ヘモクロマトーシス（SPIO使用時）
 心臓病 肝臓病 多発性骨髄腫 褐色性細胞腫
5. 下記のアレルギー性の病気がありますか？
 お薬・食べ物のアレルギー ()
 花粉症 アトピー じんま疹 その他 ()
6. 両親、兄弟にじんま疹、気管支喘息などアレルギー体質の方はおられますか？
 なし
 あり ()
7. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？
 いいえ 飲んでいる (薬のなまえ：)
飲んでおられる薬の名前がわからない場合はその薬を当日お持ちになってください

同意書

造影検査、造影剤の副作用を十分に理解した上で検査を受けることに同意します

記入日： 平成 年 月 日

本人又は代理人（続柄： ） (ご署名)
