**造影CT検査における問診と同意書**

　　　　患者氏名：　　　　　　　　　　　　様（患者ID：　　　　　　　）　　男　・　女

　　　　検査予定日：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時　　　　分

　　　　　　　　　　　　　　　　―　問　診　欄　―

　　以下の該当する項目に ✓をつけて下さい

１．気管支喘息（現在治療中もしくは1年以内に発作の既往）がありますか？ □　なし　　　□　あり

２．今までにヨード造影剤も用いた検査を受けたことがありますか？

□　なし

□　あり　⇒ □ CT、□ 腎臓・尿路造影、□ 胆のう造影、□ 血管造影、□ その他

３．その時、副作用はありましたか？（上記２．で✓ありの場合のみ）

□　なし

□　あり　⇒ □ 蕁麻疹、□ 吐き気･嘔吐、□ 咳･くしゃみ、□ かゆみ･湿疹、

　　　　　　 □ 呼吸困難、□ 意識消失、□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

４．今までに薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか？ □ なし　　　□ あり

５．アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などはありますか？ □ なし　　　□ あり

６．甲状腺の病気と診断されたことはありますか？

　　□ なし　　　□ あり（病名をお書きください：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７．腎臓の病気や腎機能の低下がありますか？

□　なし　　　□　あり（腎機能低下：3か月以内のeGFR値が60ml/min/1.73m2以下）

□　わからない

８．多発性骨髄腫と診断されたことはありますか？　　　　　□ なし　　　□ あり

９．褐色細胞腫と診断されたことはありますか？　　　　　　□ なし　　　□ あり

10．心臓の病気があると診断されたことはありますか？

　　□ なし　　　□ あり（病名をお書きください：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

11．糖尿病と診断されたことはありますか？　　　　　　　　□ なし　　　□ あり

12．現在ピグアナイド系糖尿病薬を服用していますか？

（メトグルコ、グリコラン、ジベトス、ネルビス、メタクト、メデット、メトホルミン、メトリオンなど）

□　なし　　　□　あり（一時的な休薬が必要です）　　　□　わからない

13．現在妊娠中もしくはその可能性がありますか？（女性のみ）

□　なし　　　□　あり　　　□　わからない

問診の日付　　　　　年　　　　月　　　　日　　担当医師名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　―　同　意　書　―

　みずほ足クリニック 院長 宛

私は担当医師より造影CT検査について十分な説明を受けて理解しましたので、検査の実

 施に同意いたします。

（この同意は検査開始までのいかなる時においても、取り消すことが出来ます。検査の中

 止を希望される場合は、いつでもお申し出下さい）

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　患者（または代理人）氏名：　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）　体重：　　　kg