

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、取り消すことができます。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