

ヨード造影検査を受けられる方へ

検査日： \_\_\_\_\_ 検査名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ kg

今回あなたは、上記の検査を受けられますが、この検査には「ヨード造影剤」という薬を使用します。検査を安全に行うために、下の質問の「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでお答え下さい。

- I 1) 喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）  
 2) 食事によってじんましんがでたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）  
 3) アレルギー性の病気があると言われたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）
- II 今までに薬を飲んだり注射を受けたときに、じんましんがでたり気分が悪くなったことはありますか？……………（はい ・ いいえ）  
 その薬の名前は？ \_\_\_\_\_
- III 今まで造影剤を注射する検査（CT、MRI、腎尿路造影、胆嚢造影、血管造影等）を受けたことがありますか？……………（はい ・ いいえ）  
 上のIIIの質問で“はい”と答えられた方だけ次の質問にお答え下さい。  
 A) じんましんがでましたか？ ……………（はい ・ いいえ）  
 B) 気分が悪くなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）  
 C) くしゃみやせきがでて、息苦しくなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）  
 D) そのほか体の具合が悪くなりましたか？ ……………（はい ・ いいえ）
- IV 現在、糖尿病の薬（メトホルミン製剤）を服用されていますか？……………（はい ・ いいえ）  
 その薬は？（グリコラン・ネルビス・メデット・メトホルミン・メトリオン・メルビン・その他）
- V その他ご不明な点、お気づきになった点がありましたらお書き下さい。

「ヨード造影剤についての説明書」を理解し、造影検査に同意された方はご署名をお願いします。（本人が署名できない場合は、代理の方の署名をお願いします。）

本人： \_\_\_\_\_

代理： 続柄（ ） \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ヨード造影検査を依頼された医師の方へ

●患者さんに上記問診表を記入していただくと共に、下記の<禁忌><原則禁忌>に該当する患者さんでないことをご確認下さい。

- <禁忌> 1.ヨード過敏症の方 2.重篤な甲状腺疾患である方  
 <原則禁忌> 1.一般状態が極度に悪い方 2.気管支喘息のある方 3.重篤な心・肝・腎障害のいずれかがある方 4.急性膵炎の方 5.マクログロブリン血症の方  
 6.多発性骨髄腫の方 7.テタニーのある方 8.褐色細胞腫及びその疑いのある方

上記患者に対して、私が検査および造影剤使用の目的について説明しました。その上で、問診結果と合せ、ヨード造影剤の使用は 【 可 不可 】

●当院では副作用防止のため、造影CT前にソルデムI(200ml)点滴を行います。施行に関して 【 可 不可 】

医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

検査前 確認	看護師：	(備考)
	技 師：	