

造影 CT 問診票・同意書

四日市羽津医療センター
TEL 059-331-2000

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、造影剤禁忌の糖尿病薬を内服されていますか？……………（ はい ・ いいえ ）
（メトホルミン・メトグルコ・グリコラン・ブホルミン・イニシンク・エクメット・メタクト・メトアナ）
- V
- その他ご不明な点、お気付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：	