

(紹介用) 造影剤使用のための問診票・同意書

ID

科

様

【注意事項】

※必ず問診票・同意書記入前に、造影剤の説明を主治医（依頼医）から受けてください。
※この問診票、及び同意書への記入がない場合は造影検査を行なえませんのでご注意ください。

紹介病医院：

紹介主治医：

◎造影剤による副作用を防ぐために、以下の問診票、同意書にご記入下さい。

問診票	
問診日：	年 月 日
<input type="checkbox"/> 有効期限内問診票使用のため問診不要 ※有効期限：問診日より3ヶ月間	
.....《患者様記入項目：①～⑤》.....	
① アレルギーはありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下の中から選んでください） <input type="checkbox"/> わからない	
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物に対するアレルギー	
<input type="checkbox"/> じん麻疹 <input type="checkbox"/> 薬に対するアレルギー（薬剤名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
② 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下の設問に答えてください） <input type="checkbox"/> わからない	
① いつ頃ですか？.....（ 年 月頃）	
② 何の検査ですか？.....CT、MRI、血管造影、腎臓造影、その他（ ）	
③ その時にどこか具合が悪くなりましたか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状： ） <input type="checkbox"/> おぼえていない	
③ 下に示す様な病気がありますか？	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（下の中から選んでください） <input type="checkbox"/> わからない	
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症（バセドウ病など） <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫	
<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
④（女性の方）妊娠中、妊娠の可能性、授乳中のいずれかに該当しますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（妊娠中、妊娠の可能性） <input type="checkbox"/> はい（授乳中）	
※妊娠中：胎児への造影剤の安全性は確立されていません。※授乳中：造影剤投与後3日間授乳を控えること。	
⑤ 造影剤説明書は受け取りましたか？	
<input type="checkbox"/> はい	

腎機能等確認欄	
①eGFR値の確認（CIN、NSF発症防止のため）	
eGFR値（	mL/min. /1.73m ² ） 測定日： 年 月 日
②服用薬の確認（乳酸アシドーシス発症防止、副作用時対応のため）	
<input type="checkbox"/> 右記なし <input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬（造影検査前後に休薬が必要） <input type="checkbox"/> βブロッカー	

.....以下「患者さんへの説明・問診確認書」「同意書」は造影検査のつど署名が必要です。.....

患者さんへの説明・問診確認書（主治医（担当医）の直筆署名）	
しげい病院長 殿	
造影検査において、その利点と造影剤投与により起こり得る合併症・副作用について	
患者・代理人（ ）さんに十分説明しました。	
上記問診の結果から、 造影剤使用 で検査指示致します。	
主治医（担当医）署名	署名日 年 月 日

造影剤投与同意書（本人（代理人）の直筆署名）	
（※造影剤不使用の場合、この同意書へ署名しないで下さい）	
しげい病院長 殿	
主治医（担当医）からの説明により、造影検査の利点と造影剤投与により起こり得る副作用・合併症を理解した上で、 検査時の造影剤投与に同意いたします。	
本人・代理人（患者さんとの関係：	）氏名
_____	署名日 年 月 日