

造影剤検査問診票・同意書

検査を安全に行うために必要な問診です。

次のあてはまるものに、✓や○、文字を記入して下さい。

検査名 CT 造影 胆のう造影 腎盂尿路造影 その他 ()

1) 造影剤（注射）を使った検査を受けたことがありますか？

なし あり

CT・MRI・血管造影・腎臓検査・胆のう検査・その他 ()

2) 1) で「あり」と答えられた方で、検査中または検査後になにか症状がありましたか？

なし あり

気分不良・吐き気・嘔吐・くしゃみ・じんま疹・その他 ()

3) アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？

なし あり

ぜんそく・じんま疹・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・

食物アレルギー・飲み薬・注射の副作用・その他 ()

4) 今までに、次の病気にかかれたことがありますか？

なし あり

糖尿病・甲状腺疾患・褐色細胞腫

5) 現在、糖尿病のお薬を飲まれている方にお尋ねします。

以下の該当薬剤があれば○を付けてください。

メトグルコ・メトホルミン・グリコラン・メデット・ネルビス・ジベトス

参考までにわかる範囲で、現在使用中のほかの糖尿病のお薬の名前をお知らせください。

その他の糖尿病のお薬 ()

女性の方へ

6) 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

なし あり

7) 授乳中ですか？

いいえ はい

CTの検査後 48 時間は、授乳をお避け下さい。

説明者 _____

年 月 日 自署できないときの代理人（続柄 _____）

ご署名 _____

【ご依頼の先生へ】 過去 3 ヶ月以内の値をご記入ください。

eGFR _____ ml / min / 1.73 m²