

造影CT検査 問診票

- (1) 今までに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？ ない ある
 * 「ある」の方 (i) 当てはまる検査はどのような検査ですか？
 (CT ・ MRI ・ 血管造影(カテーテル検査) ・ 腎臓検査 ・ 胆嚢検査)
 (ii) 副作用はありましたか？ ない ある
 ある方はどのような症状でしたか？
 (くしゃみ ・ 吐き気 ・ 発疹 ・ 血圧低下 ・ 呼吸困難 ・ その他)
- (2) アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？ ない ある
 * 「ある」の方 (i) どのようなものですか？
 (じんましん ・ アレルギー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 / 花粉症)
 (食物アレルギーや薬の副作用) (内容：
 その他)
- (3) 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ ない ある
 (4) 腎臓が悪いと言われたことがありますか？ ない ある
 (5) 糖尿病のお薬(血糖降下剤)を服用していますか？ いいえ はい
 * 「はい」の方 (i) どのようなお薬ですか？ (薬剤名：)
- (6) 女性の方へ： 妊娠中またはその可能性、または授乳中ですか？ いいえ はい
 (7) 検査3時間前以内に食事(飲み物を除く)をされましたか？ いいえ はい

問診の内容によっては、造影検査が実施できないことがあります。主治医にご相談ください。

造影CT検査 同意書

私は造影検査について説明を受け、納得しました。

造影検査を受けることに

同意します

同意しません

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様 ご署名： _____

(もしくは親族または代理人： _____ (続柄： _____))

使用する造影剤の量を決めます。
 体重はどのくらいですか？
 → 約 _____ kg

検査依頼医師： _____

検査実施技師： _____

検査記録

実施年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

使用造影剤： イオパミロン300

投与レート： _____ ml/sec _____ ml