

問診票及び同意書《医療連携専用》

患者番号： 氏名： 殿
生年月日： 年 月 日 性別： 男 / 女 依頼日： 年 月 日

患者様には造影剤の必要性和危険性をよく理解した上で、安全に検査を行う為に問診表にお答え頂いております。
問診内容を当日医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承下さい。

I 問診票 該当するものに○をつけて下さい。

- 今までに造影剤の注射をしたことがありますか。
いいえ・はい [CT・MRI・血管撮影・尿路撮影] ・ わからない
- 1で「はい」の方におたずねします。その時(帰宅後も含め)副作用はありましたか。
いいえ・はい [吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下・その他(内容:)]
- 薬・食べ物のアレルギー歴はありますか。
いいえ・はい [内容:]
- アレルギー体質・アレルギー性疾患はありますか。
いいえ・はい [アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・じんましん・その他()]
- 気管支喘息と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [現在治療していない・治療中【ステロイド剤・その他薬剤()]]
- 5で「はい」で『治療していない』方におたずねします。5年以内に喘息の発作がありましたか。
いいえ・はい
- じん臓の病気や機能が悪いといわれたことがありますか。
いいえ・はい [血清クレアチニン値: mg/dL: 3ヶ月以内の測定値]
- 心臓の病気を診断されたことがありますか。
いいえ・はい
- 妊娠の可能性はありますか。
いいえ・はい

CT・尿路・血管造影検査は 10～13 項目も記入してください

- 糖尿病と診断されたことはありますか。また、治療薬をお飲みですか。
いいえ・はい → ビグアナイド系治療薬の服用している場合、検査前後2日間は休薬が必要
- 甲状腺の病気と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [甲状腺機能亢進症 ・ その他()]
- 11で「はい」の方におたずねします。現在治療中ですか。
いいえ・はい
- 下記の病気と診断されたことがありますか。
いいえ・はい [褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫 ・ マクログロブリン血症 ・ テタニー]

II 造影検査における造影剤投与に関する同意書

該当する検査に○をつけて、検査日を記入してください。

1. CT 2. MRI 3. 尿路検査 4. () 検査日: 年 月 日

私は患者様に造影検査について説明しました。 紹介医師名 _____ (印)

私は、今回の検査における造影剤使用に関して上記検査の方法、目的、ならびにそれに伴う危険性、副作用などについて説明を受け、その必要性につき理解いたしました。

つきましては、造影剤を使用した検査を受けることに同意いたします。

平成 年 月 日 患者氏名 _____

同席者もしくは代理人署名 _____

(注)代理人署名は患者様本人が未成年者または署名できない場合にご記入ください。