

患者ID

患者氏名

CT・MRI造影検査 説明・問診同意書

1、今までに造影剤を使った検査を受けたことはありますか？いいえ ・ はい
(いつ頃))

2、そのとき副作用はありましたか？ いいえ ・ はい
(どのような))

3、今までに喘息と言われたことはありますか？ いいえ ・ はい
(いつ頃))

4、アレルギー体質、アレルギー性の病気などありますか？ いいえ ・ はい
(どのような))

5、現在透析中、または腎臓の働きが悪い（腎不全）と言われたことはありますか？
いいえ ・ はい

6、下記の病気にかかれたことはありますか？
なし 高血圧 動脈硬化症 糖尿病 甲状腺疾患 心臓病 褐色細胞腫

7、現在、糖尿病のお薬を内服されていますか？ いいえ ・ はい
(お薬名))

ビグアナイド系
※ 休薬指示期間 月 日 ～ 月 日

※乳酸アシドーシス発現のリスクがあるため、ヨード造影剤の場合ビグアナイド系のお薬は
検査前48時間・検査後48時間内服を中止する必要があります。

8、女性の方で、現在妊娠もしくはその可能性はありますか？ いいえ ・ はい
授乳中の方は検査終了後、CTは48時間、MRIは24時間授乳を避けてください

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

腎機能 クレアチニン値 : _____ mg/dl eGFR : _____
※必ず記載

医師確認 年 月 日 医師氏名 印 (同席者)

検査前の説明を理解した上で、造影検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名 印

代理人 印 (続柄)

※必ず記載 緊急連絡先 氏名 (続柄) 電話番号

医療法人社団 一陽会 服部病院