

ID

氏名

検査日 年 月 日 時 分

検査： 造影CT・腎盂造影・血管造影

生年月日

ヨード造影検査 問診票・同意書

病気の診断のためにCTなどの検査を行います。この時に造影剤を使用することで、新たな病変の存在・質的診断が向上します。このため、造影剤を使用することは医学的に利益が大きいことです。しかし、造影剤は他の薬と同様に、まれに副作用（悪心・嘔吐・発赤・蕁麻疹など）があらわれることがあり、きわめてまれにヨードショック（低血圧、呼吸困難など）があらわれることがあります。多くは造影剤使用中、または直後に副作用が現れますが、遅れて現れる場合もあります。

造影検査を行なうにあたり、今日までのあなたの体の状態を教えてください。次の質問で該当する（はい・いいえ）に○をつけて下さい。

1. ヨード造影剤について説明文（上記）読んで理解しましたか	はい	いいえ
2. ヨード造影検査を以前に受けたことがありますか	はい	いいえ
3. そのときに副作用はありましたか	はい	いいえ
4. CT・腎盂造影検査・血管造影検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
5. ヨードアレルギーと言われたことがありますか	はい	いいえ
6. 両親・兄弟にアレルギー体質・気管支喘息の方がいますか	はい	いいえ
7. 喘息と言われたことがありますか。	はい	いいえ
8. アレルギー体質ですか（はいの場合、そのアレルギー名） （ ）	はい	いいえ
9. 心臓の病気はありますか	はい	いいえ
10. 腎臓の病気はありますか	はい	いいえ
11. 甲状腺の病気はありますか	はい	いいえ
12. 糖尿病の病気はありますか（はいの場合、服用中の薬名） （ ）	はい	いいえ
13. 今日は、食事しましたか	はい	いいえ
14. 今日は、水分を十分に摂っていますか	はい	いいえ
15. 今日は、尿が出ていますか	はい	いいえ
16. 女性の方のみ答えてください 現在妊娠(可能性も含む)または授乳をしていますか	はい	いいえ
17. 現在の体重をお書きください 体重によってヨード造影剤量が変わるため、必ず正確にお書きください	Kg	

問診票の記載に間違いがなく、ヨード造影検査をすることに十分説明を受けた上で同意し、実施中に医学上の立場から緊急の処置をおこなう必要が生じた場合には、その処置について担当医に一任いたします。

ヨード造影剤の効果や目的、重篤な副作用の可能性などについて理解した上で、検査を希望しますか

（ 検査を希望します ・ 検査を希望しません ）

年 月 日

本人（代筆者）の署名

（代筆者の続柄）

担当医 _____ 科 医師 _____