

患者氏名

様

問診表

1) 造影検査の既往

なし あり (造影CT 造影MRI 腎尿路造影 胆道造影 血管造影 その他)

ありの場合：副作用の有無

なし あり (発疹 蕁麻疹 吐き気 くしゃみ 頭痛 その他)

2) ヨード過敏症の既往 なし あり

3) アレルギー体質・アレルギー性疾患の有無

なし あり (気管支喘息 花粉症 アトピー その他)

4) 薬物アレルギーの既往 なし あり (抗生剤 消炎鎮痛剤 風邪薬 その他)

5) 甲状腺 心臓 肝臓 腎臓疾患の有無 なし あり

6) 妊娠の有無 なし あり

判定 造影可

造影不可

医師サイン

造影検査について

患者様の病気の状態をより詳しく診るために「造影検査」が必要です。

「造影検査」は、単純検査だけでは描出されにくい病変を造影剤で濃度差をつけ、わかりやすくするために行われるもので、造影剤は主に血管内や必要部位から体内に注入されます。「造影検査」で使用される造影剤は患者様の体質に合わないことが、ごく稀にあり、一時的な副作用（蕁麻疹、吐き気、嘔吐など）や重篤な副作用（血圧低下、呼吸困難など）を引き起こす可能性をもっております。副作用を検査前に知る手だてがありませんので、検査前には問診を十分にさせて頂くとともに、検査に際しましては万全の態勢の上、患者様の安全を第一に配慮して検査を施行させて頂きます。また仮に、検査中に異変を感じられたら、直ちに患者様用マイクやブザーにて室外担当者に知らせられるようなくみも整えています。検査に対する疑問や不安がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせ下さい。

造影検査同意書

検査日 平成 年 月 日

検査の必要性・危険性について、担当医の説明を理解し納得致しましたので、下記の造影検査を受けることに同意致します。

1.造影CT 2.造影MRI 3.腎尿路造影 4.胆道造影 5.その他()

西奈良中央病院 病院長殿

本人	氏名		印
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
ご家族	氏名		印
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日

(本人,家族記載) 平成 年 月 日現在