

# 造影剤使用問診・同意書

〒811-3423 宗像市野坂2650  
医療法人 庄正会 蜂須賀病院  
脳神経外科・整形外科  
電話 0940-36-3636 FAX 0940-36-3672

医師 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

該当する項目にチェックしてください。もしくは項目を○で囲むか( )の中に具体的に記入してください。

|   |  |
|---|--|
| 1) 今までにヨード過敏症といわれたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 2) 今まで、造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか<br>『 <input type="checkbox"/> ある』場合：CT MRI 腎臓検査 胆嚢検査 血管造影 その他( )  | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 3) その時、副作用はありましたか？<br>『 <input type="checkbox"/> あり』の場合：発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他( )   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 4) 今までにぜんそくと言われたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 5) アレルギー性の病気や体質がありますか？<br>『 <input type="checkbox"/> ある』場合：じん麻疹 アトピー アレルギー性鼻炎 花粉症 その他( )<br>薬のアレルギー[ ] 食物のアレルギー[ ] その他[ ]   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 6) 現在人工透析中、または腎臓のはたらきが悪い(無尿、腎不全)といわれたことがありますか？  | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 7) 次の病気といわれたことがありますか？<br>『 <input type="checkbox"/> ある』場合： <input type="checkbox"/> 多発性骨髄 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 8) 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？<br>『 <input type="checkbox"/> ある』場合 その内容( )  | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない  |
| 9) 心臓の薬を内服していますか？<br>『 <input type="checkbox"/> はい』の場合 その内容( )  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10) 糖尿病の薬を内服していますか？<br>『 <input type="checkbox"/> はい』の場合 その内容( )  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

説明を聞いても、検査・造影剤使用について同意しない場合、

あなたは検査・造影剤使用を拒否することができます。

造影検査の説明に対し十分ご理解いただけましたら、以下の同意書に署名をお願いします。

## 造影剤使用の同意書

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。  
造影剤の使用に同意します。また万が一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日

本人のご署名 \_\_\_\_\_

家族等、代理人の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)