

# ( 造影 CT ・造影 MRI ) 検査に関する問診票

安全に検査を実施するために以下の質問にお答え下さい。(□にレを入れて下さい)

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか?

なし あり (CT MRI 血管造影 その他 : \_\_\_\_\_)

※ありの方に質問致します。その時、副作用はありましたか?

なし あり (発疹 吐き気 嘔吐 その他 : \_\_\_\_\_)

2. 今まで喘息と言わされたことはありますか? なし あり

3. 【造影 CT の場合】甲状腺機能亢進症はありますか? なし あり

4. アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか?

なし あり (じんましん アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー)

薬のアレルギー : \_\_\_\_\_ その他 : \_\_\_\_\_

5. 今までに腎臓のはたらきが悪いと言われたことがありますか? なし あり

6. 【造影 CT の場合】

糖尿病で治療中の方、以下の糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用していますか? なし あり

[  
・メトグルコ錠・メトホルミン塩酸塩錠・グリコラン錠・ネルビス錠  
・ジベトン S  
・メタクル配合錠  
・エクメット配合錠]

※これらの糖尿病薬は、ヨード造影剤の投与により一時的に腎機能が低下した場合に乳酸アシドーシスという重篤な副作用を起こす危険性があります。

☆服用中の場合は検査日前後2日間休薬します（月 日～月 日）

7. 【女性の方のみ】現在妊娠中、または授乳中ですか? なし あり

☆授乳中で検査を受けられる場合、検査前に2日分の搾乳を行って下さい。検査後2日以内に搾乳した母乳は造影剤が移行するおそれがあるため捨てて下さい。

☆血清クレアチニン値: \_\_\_\_\_ mg/dl (月 日)

『造影剤を使用する検査を受けられる方へ』(別紙)について説明致しました。また上記問診の結果、検査可能と判断致しました。

令和 年 月 日

医師名 : \_\_\_\_\_

## 造影剤を使用する検査(CT・MRI)に関する同意書

松園第二病院病院長 殿

私は造影剤使用に関して『造影剤を使用する検査に関する説明書(造影剤を使用する検査を受けられる方へ)』に基づき十分な説明を受けると共に質問する機会を得ました。

この説明により予定されている造影剤を使用する検査について理解出来ましたので造影検査を実施することに同意致します。

検査予定日： 年 月 日

記 入 日： 年 月 日 患者氏名： \_\_\_\_\_

代理人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_