

# CT検査問診票・造影検査同意書

検査予約日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分 (曜日)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 造影検査問診

検査前の食事は禁食して下さい。(水のみは大丈夫です)

✓記入をお願いいたします

- |              |                                                                             |   |   |   |   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. ヨード過敏の既往歴 | <table border="1"><tr><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr></table> | あ | り | な | し |
| あ            | り                                                                           | な | し |   |   |
| 2. アレルギー及び喘息 | <table border="1"><tr><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr></table> | あ | り | な | し |
| あ            | り                                                                           | な | し |   |   |
| 3. 腎機能障害     | <table border="1"><tr><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr></table> | あ | り | な | し |
| あ            | り                                                                           | な | し |   |   |

造影剤使用 【 可 ・ 不可 】

## 造影CT検査同意事項

CT検査の際に、造影剤という薬を静脈血管より注射しながら撮影を行わないと、正確な診断出来ない病気もあります。

造影剤は、副作用の少ない薬ですが、まれに下記のような副作用を起こす場合があります。

アナフィラキシーショック、その他の多様な副作用。

したがって、造影剤の必要のある方のみを使用します。

以前に造影剤により副作用の出たことのある方、喘息のある方は副作用が出る可能性が高いので原則として使用しません。

造影検査を必要とするかの最終判断は、検査を担当する放射線科医師が決定します。

上記について同意します。

依頼医師名 \_\_\_\_\_

ご本人(又は代理人)の署名 \_\_\_\_\_