

ヨード造影剤検査（造影CT、DIP、IVP）問診票

紹介検査用

氏名： 様
生年月日： 年 月 日
体重： kg 問診者：

医療機関記入欄 血清 Cr () eGFR () 日付 (/)

「1」気管支喘息と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、時期はいつですか？ ☐子供のときだけ ☐最近も症状が出る

「2」今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、その検査は何でしたか（CT MRI 血管造影 その他（ ））

『はい』の方、その時副作用はありましたか？ (はい・いいえ)

☐じんましん ☐吐き気 ☐頭痛 ☐のどの違和感 ☐その他（ ）

[3] 心臓病や甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

『はい』の方、病名をお書きください（病名

『はい』の方、薬を服用している場合は薬の名前をお書きください（ ）

[4] 今までに下記のような病気と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

☐マクログロブリン血症

□多発性骨髄腫

☐ 褐色細胞腫

☐ テタニー

[5] 糖尿病と診断されたことはありますか？ (はい・いいえ)

糖尿病治療中の方は必ず薬の名前をお書きください(薬の名前)

医療機関記入欄 ☐ ビグアナイド系糖尿病治療薬ではない

造影検査（造影CT、DIP、IVP）説明書・同意書

紹介検査用

氏名： 様

今回実施する検査は、造影剤という薬剤を注射して行います。造影剤を注射することで、正確な診断につながります。

[造影剤の副作用について]

造影剤の使用により副作用が出現することがあります

（軽度）吐き気、じんましん、発疹、頭痛など・・・・・・・・・・約 100 人に 2 人

（重度）血圧低下、呼吸困難、意識障害など・・・・・・・・・・約 3000 人に 1 人

病状によっては、非常に低い確率で死亡に至った例もあります・・・約 20 万人に 1 人

造影剤が血管外に漏れて痛みを伴う・・・・・・・・・・約 150 人に 1 人

万一、副作用が生じた場合は、必要に応じて保険診療で最善の処置、治療を行います

[造影検査の注意事項]

緊急連絡先 まるがめ医療センター:0877-23-5555(内線:1126)

☐造影検査開始前、約 4 時間程度は食事をお控えください。水分は、造影剤による脱水を防ぐために水やお茶類をしっかりとってください。ただし牛乳やコーヒーのミルクなどの乳製品飲料はお止めください。

☐造影剤の副作用のほとんどは、投与後 30 分以内に出現しますが、検査後数時間～数日後に出現する場合があります。気になる症状が出現したら、当院に来院していただくか、連絡ください。

☐造影剤は、ほとんど尿から排泄されます。水分摂取制限のない方は、検査後しっかり水分をおとりください。

[造影検査同意書]

私は造影検査を受けるにあたり、検査の目的や副作用について説明を受け納得したので、造影検査を受けることに同意します。

承諾日： 年 月 日

患者氏名 (署名) _____

代理人氏名 (署名) _____ (続柄：)

※同意された場合でもいつでも撤回することができます

上記患者に対して、造影検査についてその必要性和内容、起こりうる合併症、副作用について説明しました。

説明日： 年 月 日

医師 (署名) : _____

同席者 (署名) : _____