

HITO病院 造影CT検査問診票(検査機器の共同利用 提出用)

事前FAXと、当日はご本人に原本持参をお願いいたします。
「造影CT検査を受けられる方へ」を用いて患者様にご説明をお願いいたします。

ID	当院のIDが分かれば記入ください	氏名	身長	cm
			体重	kg
生年月日	年	月	日	

1. 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか？
 なし → 2の質問に進んでください
 あり → CT検査・血管造影・その他()
「あり」の場合、そのとき副作用はありましたか？(帰宅後も含む)
 なし
 あり
→ □吐き気、□嘔吐、□動悸、□頭痛、□かゆみ、□くしゃみ、□発疹、□呼吸困難、□意識障害
その外、具体的にお書き下さい()

2. 気管支喘息がありますか？
 なし
 あり → 具体的にお書き下さい()

3. アレルギー性の病気や体質がありますか？
 なし
 あり → 薬、注射、食べ物、その外、具体的にお書き下さい
()

4. 腎機能障害はありますか？
 なし (eGFR 60mL/min/1.73m²以上)
 あり → Cre g/dl, eGFR _____ mL/min/1.73m²
(採血日: 年 月 日) * 3ヶ月以内の採血データをご記入ください

5. 現在、ビグアナイド系糖尿病の薬を服用していますか？
 なし
 あり
「あり」の場合、ビグアナイド系薬剤についての事前指示を選択ください。
 「ビグアナイド系」を服用しているが、2日前より当日を含め服用をやめている(または休薬指示をした)
 「ビグアナイド系」を服用しているが、造影検査を行う事を優先する

以上、検査および造影剤使用の目的について説明しました。問診の結果、造影検査によるメリットが造影剤によるリスクを上回ると判断し、実施可能と考えます。

説明日: 年 月 日 指示医(自署) _____

ガドリニウム造影剤使用検査に対する同意書
主治医からガドリニウム造影剤を使用する検査の目的、必要性、副作用について十分な説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

同意日: 年 月 日 患者様または代理人(署名) _____

* * 以下は来院後に当院で確認、記入します。* *

検査日: 年 月 日 放射線技師サイン _____