**造影剤検査問診票・同意書**

令和６年９月改定

患者番号

氏　　名

生年月日

性　　別

科　　名

病　　棟

氏　　名

生年月日

【を用いた検査を受けられる方へ】

　　　　次にあてはまるものに ○ や 文字 を記入してください。

問１　（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。

（ＣＴ・ＭＲＩ・・・など）　　　　　　　　　　　　[なし・あり]

問２　検査はいつごろでしたか。　　　　　　　　　　　　　　[　　　　年　　　月　　　日]・不明

問３　そのとき副作用はありましたか。

　　　　　　　症状[吐き気・顔や体のほてり感・じんましん・息苦しさ・その他]・[な　し]

　　　　（その他の内容）

問４　といわれたことはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 [なし・あり]

問５　アレルギー性体質・アレルギー性の病気がありますか。　　　　　　　　　　　　　[なし・あり]

　　　内容[薬、食物によるアレルギー・アトピー体質・アレルギー性鼻炎・その他]

問６　現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。　　　　　　　　　　　　　[なし・あり]

問７　ペースメーカーなど、体の中に金属が入っていますか。　　　　　　　　　　　　　[なし・あり]

問８　けいれん・てんかん発作をおこしたことはありますか。　　　　　　　　　　　　　[なし・あり]

問９　今までに、次の病気にかかられたことがありますか。

　　[・・・・・・・]　[なし]

問10　現在糖尿病薬を飲んでおられる方はお薬の名前を記入してください。

以下の該当薬剤があれば○、なければその他の項目にお名前を記入してください。

　　　◇ビグアナイド系糖尿病薬

　　　　[　メトグルコ・メトホルミン・グリコラン・エクメット配合錠・メタクト配合錠・メトアナ配合錠・

イニシンク配合錠・ジベトス・ブホルミン　]

　　　 ◇その他の糖尿病薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※　 ヨード造影剤を用いる場合、乳酸アシドーシス発現のリスク軽減のため上記ビグアナイド系糖尿病薬を

検査前2日（48時間）・検査後2日（48時間）内服を中止すること。

ただし、検査前の休薬においては緊急に検査を行う必要がある場合を除く。やむを得ず検査前の休薬なしに造影剤を

使用した際も、造影剤投与後48時間は本剤の投与を再開しないこと。なお、投与再開時には患者の状態に注意すること。

※ MRIの場合はビグアナイド系糖尿病薬を中止する必要はない。

裏に続く

[　説明内容　]

１．診断の確定、病態の把握、治療方針の確定のために必要です。

２．造影剤使用の際に、５％未満に発疹、蕁麻疹、掻痒感など過敏性反応が現れることがあります。

　　　 0.3％未満にショックなどの重篤な副作用があり、非常にまれですが、死亡例も報告されています。

３．副作用が発生した場合は、医学的に必要な最善の処置を施行させていただきます。

４．安全確認のため、特異体質・喘息・アレルギーなどの既往歴がある場合は、必ず申し出てください。

検査に対して主治医から検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。造影剤の使用に同意します。

また、その実施に関連した緊急の医療行為についても、医師が必要かつ適切と判断した場合にはその

診療行為を受けることに同意いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　同意署名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

【主治医の先生へ】

3ヶ月以内の血清クレアチニン値・ＢＵＮをＣＴ・ＭＲＩの依頼書にご記入ください。（ガイドライン）に準拠

【担当医師確認欄】

造影剤使用の可否　[ 使用する・使用しない ]

留意事項 ：

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　担当医署名欄