

造影CTの問診・同意書

☐ はすべてご記入ください
(検査予定は、決まっていたら記入をお願いします)

問診・同意書の注意事項

ID		最新の体重	eGFR
氏名		kg	
検査予定	年 月 日	時 分	

問診日より3ヶ月が過ぎた場合、検査当日に変更が無いかを
確認し、確認欄に日付と確認者名を記入してください

確認日(当院にて記載) 当日確認者(当院にて記載)

※eGFRの値は、直近半年以内の検査結果のご記入をお願いします。

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入いただきますようお願いいたします。
該当するものがあれば□にチェックしてください

- 今まで、造影剤を用いて検査を受けたことがありますか ☐ いいえ ☐ はい
- はいと答えた方、その時に副作用はありましたか ☐ いいえ ☐ はい
はいと答えた方、どんな副作用でしたか
☐ 発疹 ☐ かゆみ ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 咽頭違和感 ☐ その他()
- 以下の病気と言われたことがありますか ☐ いいえ ☐ はい
☐ 喘息 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ アレルギー()
- 糖尿病薬を内服していますか ☐ いいえ ☐ はい(薬剤名:)
- 腎臓の働きが悪いといわれたことがありますか ☐ いいえ ☐ はい ☐ 透析中
- 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 以下の機器を使用していますか ☐ いいえ ☐ はい
☐ 植込み型除細動器 ☐ インスリンポンプ ☐ 持続グルコース測定器(リブレセンサー等)

松山赤十字病院院長殿

私は造影CT検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたので、
造影CT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

未成年又は患者が署名
困難な場合には代理人
の署名をお願いします。

代理人氏名(続柄) 署名 (続柄)

ビグアナイド系糖尿病薬の内服

☐ 無 ☐ 休薬についての説明済み

上記2~7の問診において□いいえ以外にチェックがあり検査を行う場合は、必ず検査OKにチェックしてください

該当時のみチェックをお願いします

☐ 検査OK

確認日: 年 月 日

(医療機関名)

(医師名)