



予約日時 / :

CT造影剤に関する問診票

- ◆ 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
はいの方へ、副作用や気分が悪くなったことがありますか？ ()
- ◆ 甲状腺機能異常の治療をうけたことがありますか、または治療中ですか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
- ◆ 気管支喘息がありますか？
☐ いいえ ☐ はい (治療中・治療していない)
- ◆ アレルギーがありますか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
「はい」の場合 ()
- ◆ 腎臓の働きが悪い(腎不全等)と言われたことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
- ◆ 糖尿病の内服治療中ですか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
ヨード造影剤使用時、ビグアナイド系糖尿病薬は、検査前後48時間、当日を含め5日間の服用を中止して下さい ※ただし、緊急に検査を行う必要がある場合を除く
薬品名: (月 日から 月 日まで投与中止)
- ◆ 心臓病、肝臓病の治療をしたことがありますか、または治療中ですか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない
- ◆ 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？
☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない

同意書

私は検査に対して医師から検査の必要性、造影剤の必要性、副作用の説明を受け、納得しましたので、今回の検査での造影剤の使用に同意します。なお検査中、処置中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には、適宜その処置を受けることに同意します。(同意はいつでも撤回できます)

年 月 日 依頼医師署名 _____

年 月 日 同意署名 _____ 続柄 _____

医師評価
1.可能 2.慎重投与 3.要前処置(指示) 4.禁忌
2025年3月24日改訂