

CT・MR検査についての問診票

診療情報提供書と一緒にFAXお願いします

検査名 _____

検査日 _____

患者氏名： _____

問診票欄の該当項目にチェックをつけ、同意書の署名欄に署名して検査当日にご持参ください。

医師記入欄

		質問事項	回答	
CT・MR造影		これまでに造影剤を注射/点滴して検査を受けたことがありますか 「あり」の場合、検査名は? : CT・MRI・尿路造影・血管造影・その他 ()	なし	あり
		造影剤を注射/点滴して検査を受けた時に、帰宅後も含めて副作用がありましたか 「あり」の場合、症状は? : 吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下 その他 ()	なし	あり
		アレルギー性の病気や体質がありますか 「あり」の場合、病名は? : 気管支喘息・じんましん・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー その他 ()	なし	あり
		ご家族やご親族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質の方がいますか 「あり」の場合、続柄と内容は? : ()	なし	あり
		甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの診断を受けたことがありますか 「あり」の場合、具体的内容は? : ()	なし	あり
		飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことはありますか 「あり」の方の具体的内容は? : ()	なし	あり
		腎臓の病気あるいは機能が悪いと言われたことはありますか 「あり」の場合、具体的内容は? : ()	なし	あり
		ビグアナイド系 糖尿病治療薬を服用していますか 「あり」の場合、薬剤名は? : () ※基本的にビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合、「検査前1日、検査後2日間の内服中止」が必要です	なし	あり
直腸・子宮卵巣MR		過去に消化管検査で注射（鎮痙剤）を使用して具合が悪くなったことがありますか。 「あり」の場合、具体的内容は? : ()	なし	あり
		眼圧が高い、または緑内障と言われたことがありますか 「あり」の場合、内容は? : ()	なし	あり
		心臓病（不整脈・狭心症）と言われたことがありますか 「あり」の場合、内容は? : ()	なし	あり
		前立腺肥大と言われたことがありますか	なし	あり
		糖尿病と言われたことがありますか	なし	あり
	褐色細胞腫と言われたことがありますか	なし	あり	

問診年月日 _____

依頼医 _____

【造影検査同意書】 (病院用)

彩都友誼会病院長 殿

※造影検査を受けない方は同意書への署名は必要ありません。

患者氏名： _____

生年月日： _____

1. 名称 _____

2. 実施日 _____

私は、上記診療について、別紙説明文書と口頭による説明を受け、質問する機会を与えられました。必要に応じて診療を受けることに同意します。

説明日	年 月 日
説明実施医師	署名もしくは押印

署名欄	署名日	年 月 日		
	患者本人			
	代理人			
		続柄	夫・妻・父・母・()	
	患者側同席者			
続柄		夫・妻・父・母・()		

【造影検査同意書】 （患者用）

彩都友誼会病院長 殿

※造影検査を受けない方は同意書への署名は必要ありません。

患者氏名： _____

生年月日： _____

1. 名称 _____

2. 実施日 _____

私は、上記診療について、別紙説明文書と口頭による説明を受け、質問する機会を与えられました。必要に応じて診療を受けることに同意します。

説明日	年 月 日
説明実施医師	署名もしくは押印

署名欄	署名日	年 月 日		
	患者本人			
	代理人			
		続柄	夫・妻・父・母・（ ）	
	患者側同席者			
	続柄	夫・妻・父・母・（ ）		