

CT・MR検査についての問診票・同意書

診療情報提供書と一緒に
FAXお願いします

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。

【問診票】

| 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? : () <small>※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</small> | 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 |

【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。

私は現在の病状および造影検査の必要性について、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。

その結果(口の中にチェックをいれてください。)

- 必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。
- 造影剤の投与を受けることに同意できません。

記入日： 年 月 日

(署名) _____

代理人の場合 続柄： _____ 代理人氏名： _____

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

【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。

検査日 _____

検査名: _____

私は現在の病状および造影検査の必要性について、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。

その結果（□の中にチェックをいれてください。）

- 必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。
- 造影剤の投与を受けることに同意できません。

記入日: 年 月 日

(署名)

代理人の場合 続柄: _____ 代理人氏名: _____

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)