

CT造影検査に関する問診及び承諾書

検査日

様

《検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。又、下記の注意事項をお読み承諾書にサインしてください。》

①重い甲状腺の病気にかかったことはありますか。 (有・無)

②気管支ぜんそく、又はぜんそくの既往歴(小児ぜんそくを含む)があると言われたことがありますか。 (有・無)

③不整脈や心臓が悪いと言われたことがありますか。 (有・無)

④アレルギー体質と言われたことがありますか。 (有・無)

(アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、薬のアレルギー、食物のアレルギー、じんましん、その他)

⑤今までに血管に造影剤等の注射をした後、レントゲン撮影やCT検査を受けたことがありますか。 (有・無)

(有)と答えた方は次の質問にお答えください。

1、気分が悪くなりましたか。 (有・無)

2、発疹がでましたか。 (有・無)

3、その他、体の具合が悪くなりましたか。 (有・無)

⑥現在、糖尿病のお薬を服用していますか。 (はい・いいえ)

(はい)の場合は服用している薬品名 ・メグルコ ・メホルミン ・ジベトス ・不明)

※ ビグアナイド糖尿病薬を服用している場合は、検査前後48時間の中断が必要です。

⑦人工透析をされていますか。また腎臓のはたらきが悪いと言われたことはありますか。 (有・無)

■腎機能 e-GFR値 or 血清クレアチニン値

※※※ ヨード造影剤を使用する場合の注意事項 ※※※

【禁忌】該当する場合は使用できません。

ヨード又はヨード造影剤に過敏症の患者

重篤な甲状腺疾患の患者

【原則禁忌】該当する場合は原則使用しないことが望ましい。

一般状態の極度に悪い患者

気管支喘息、急性膵炎、マクログロブリン血漿の患者

重篤な「心障害」「肝障害」「腎障害(無尿等)」のある患者

多発性骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫の患者

【併用注意】

ビグアナイド糖尿病薬を服用中の患者

☆紹介元医師は問診確認後、サインをお願いします。

1、いつも通り造影

2、主治医立会いで造影

3、その他の方法 ()

紹介元医師Sign

承諾書

【副作用の内容について】

造影剤を注射して行う造影検査では、造影剤アレルギーに伴う副作用が報告されています。

・軽症・・・100人に3人程度。熱感、嘔気、嘔吐、くしゃみ、蕁麻疹などで通常経過観察だけで大丈夫です。

・中等症・・・10,000人に4人程度。血圧低下、呼吸困難などで何らかの治療が必要となります。

・重症・・・100,000人に4人程度。心停止を含む重篤な合併症で入院治療が必要となります。

・死亡・・・500,000人に1人程度。

その他には、針を刺した部位で、血管内から皮下に造影剤がもれ、手足が腫れてくる場合があります。少量であれば、自然に吸収されますが、大量にもれた場合は、皮膚や筋肉の壊死を防ぐため、皮膚の切開を必要とする場合があります。

《造影剤の使用にあたり、その必要性・危険性について主治医の説明に納得し、治療上必要であると理解しましたので、その実施を承諾します。

尚、検査中の緊急の処置が必要となった場合には、適宜処置を受けることについても承諾します。》

令和 年 月 日 ※本人が未成年者または署名できない場合は下欄にご記入ください。

保護者または保証人の氏名

ご署名

患者との続柄