

造影 X 線検査における同意書・実施表

<同意書>

※ 以下のどちらかの□に✓印をして、ご署名ください。

私は、造影検査についての説明と問診を受け、十分理解しました。その上で

造影剤の使用に同意します。

造影剤の使用には同意できませんので、使用しないでください。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ (代理人 _____ 続柄 _____)

<造影 X 線検査問診>

担当医師： _____

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことはありますか？
 なし あり（CT, MRI, その他 _____）
2. その際、副作用が出たことがありますか？
 なし
 あり：どの様な副作用か、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。
→発疹・吐き気・嘔吐・その他（ _____ ）
3. アレルギー性の病気やアレルギー体質はありますか？
 なし
 あり：どの様なアレルギーか、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。
→喘息・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎・薬・食べ物・その他
→詳細に（ _____ ）
4. 腎臓・心臓・甲状腺などに重い病気がありますか？尿の出は悪くないですか？
 なし
 あり：どの様な病気か、どの様な手術をしたか、記載ください。
→（ _____ ）
5. 体内に金属はありませんか？
 なし
 あり（入っているもの： _____ ）
6. (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？
 なし
 妊娠の可能性あり
 授乳中
7. 現在、糖尿病薬（ビグアイド系等）を服用されていませんか？
 なし
 あり；服用されている薬の名前（ _____ ）
8. 現在、抗がん剤・消炎鎮痛剤などを服用されていませんか？
 なし
 あり；服用されている薬の名前（ _____ ）

<スタッフ記載欄>

- 問診者（サイン）：
- 腎機能：Cr _____ (採血日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 静脈留置針留置者（サイン）：
- 刺入部腫脹：なし、あり（程度： _____ ）
- 接続部の漏れ：なし、あり
- 副作用：なし、あり（程度と対処： _____ ）
- 静脈留置針抜去者（サイン）：
- その他記録：

検査日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※テンプレートに入力後、患者ファイルへ