

ヨード造影検査 問診票・同意書

患者ID

患者氏名

病気の診断のためにCTなどの検査を行いますが、この時に造影剤を使用することで、新たな病変の存在・質的診断が向上します。このため、造影剤を使用することは医学的に利益が大きいことです。しかし、造影剤は他の薬と同様に、まれに副作用（悪心・嘔吐・発赤・蕁麻疹など）があらわれることがあり、きわめてまれにヨードショック（低血圧、呼吸困難など）があらわれることがあります。多くは造影剤使用中、または直後に副作用が現れますが、遅れて現れる場合もあります。

造影検査を行うにあたり、次の質問で該当する（はい・いいえ）に○をつけて下さい。

1	これまでにヨード造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
2	1.で「はい」の場合は、○をして下さい ヨード造影剤を使用した際に、帰宅後を含め何か異常はありましたか （吐き気、嘔吐、かゆみ、湿疹、呼吸困難、意識消失、血圧低下、他	はい	いいえ
3	ヨードアレルギーと言われたことがありますか	はい	いいえ
4	今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか	はい	いいえ
5	アトピー性皮膚炎やアレルギー性鼻炎、花粉症などがありますか	はい	いいえ
6	甲状腺の病気と診断されたことはありますか	はい	いいえ
7	気管支喘息と診断されたことはありますか（はいの場合は、○をして下さい） （現在治療中または症状がある、幼少期のみ症状があった、その他	はい	いいえ
8	心臓病と診断されたことはありますか	はい	いいえ
9	腎臓の病気や機能が悪いといわれたことはありますか	はい	いいえ
10	糖尿病と診断されたことはありますか （はいの場合、服用中の薬名をご記入ください 薬名	はい	いいえ
11	女性の方にお尋ねします。現在妊娠（可能性も含む）または授乳していますか	はい	いいえ
12	現在の体重をお書きください ※体重により造影剤量が変わるため、正確にお書き下さい	kg	

* 2.3.6.禁忌 7.8.9.原則禁忌 担当医の確認必要 * 10:ビグアナイド系糖尿薬か確認

問診票の記載に間違いがなく、ヨード造影検査することに十分説明を受けた上で同意し、実施中に医学上の立場から緊急の処置を行う必要が生じた場合には、その処置について担当医に一任いたします。ヨード造影剤の効果や目的、重篤な副作用の可能性などについて理解した上で検査を希望しますか

（検査を希望します ・ 検査を希望しません）

記入日: 年 月 日

本人・代筆者(患者様との続柄:) 署名:

診療科

医師

（スタッフ記載）

クレアチニン値: eGFR: 採血日:
☐ 血液データ3か月以内確認しました ☐ 担当医上記のデータでよい
 * eGFR<30 原則禁忌、30<eGFR<45 造影剤量減量するため予約時に血液データ確認必要です
☐ 2.3.6.禁忌 ☐ 7.8.9.原則禁忌: 担当医に報告しました ☐ 前処置必要 ☐ 慎重投与: 確認しました
☐ 10:ビグアナイド系糖尿薬を服薬の場合、休薬が必要な期間（ 月 日 ~ 月 日）
 * 45≤eGFR 検査後2日間休薬、30<eGFR<45 検査前後2日間休薬

ご不明な点がございましたらお問い合わせください 放射線科直通 Tel:049-233-5230