

CT検査 問診と同意書

(サテライト用)

検査年月日 : 年 月 日 時 分

造影剤を用いるCT検査を受けられる方へ (必ず、別紙「造影剤の使用に関する説明」をご覧ください。)

【 造影剤に関する問診欄 】 (いずれかに○印をつけ、必要事項を記入して下さい。)

1.	別紙「造影剤の使用に関する説明」を読みましたか？	はい	いいえ
2.	過去に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
	→「はい」の場合、その際、何か副作用は出ましたか？	はい	いいえ
	→「はい」の場合、どのような副作用がありましたか？ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ 血圧低下 ・ その他 ()		
3.	薬や食べ物にアレルギーがありますか？	はい	いいえ
	→「はい」の場合、詳細を記入して下さい。＊注意して検査を行う必要があります。 ()		
4.	気管支喘息と診断されたことがありますか？ (原則禁忌)	はい	いいえ
5.	甲状腺の病気はありますか？ (原則禁忌)	はい	いいえ
	疾患名 ()		
6.	以下の疾患はありますか？ (原則禁忌)	はい	いいえ
	マクログロブリン血症 ・ 多発性骨髄腫 ・ テタニー ・ 褐色細胞腫		
7.	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、別紙「造影CT検査を受けられる方へ糖尿病薬の服用確認」 についての説明を受け、理解されましたか？	はい	いいえ
8.	妊娠中あるいはその可能性がありますか？ (女性のみ)	はい	いいえ
9.	現在、授乳中ですか？ (女性のみ)	はい	いいえ
	→「はい」の場合、造影剤使用後、24時間は授乳を避けてください。		

【 検査方法 (主治医記載欄) 】

上記の問診票及び診察の結果により以下のとおりとします。

造影剤を使用しCT検査をします。

直近3ヶ月以内のeGFR値： (検査日 年 月 日)

＊ eGFR値が45未満の場合造影検査は出来ません。

主治医 (印)

【 同意欄 】

私は、今回のCT検査を受けるにあたり、必要性・副作用の可能性に関して説明を受け、充分理解・判断しました。
よって上記の検査方法に同意します。

日付 年 月 日

市立湖西病院長 殿

患者氏名

(保護者または代理人氏名)