

CT・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査などの造影検査の場合にご使用ください

## ヨード造影剤検査の問診票・同意書

西暦 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 性別 男・女

\* 次の当てはまるものに○や文字を記入してください。

- 問1 ヨード造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。  
（CT・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査など） [ なし ・ あり ]
- 問2 検査はいつごろでしたか。 [ 年 月 日 ] ・不明
- 問3 そのとき副作用はありましたか。 [ なし ・ あり ] ※ありは該当に○をしてください。  
症状 [ 吐き気・顔や体のほてり感・じん麻疹・息苦しさ・その他 ]  
(その他の内容) \_\_\_\_\_
- 問4 喘息といわれたことはありますか。 [ なし ・ あり ]
- 問5 アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。 [ なし ・ あり ]  
内容 [ 薬、食物によるアレルギー・アトピー体質・アレルギー性鼻炎・その他 ]  
(その他の内容) \_\_\_\_\_
- 問6 けいれん・てんかん発作をおこした事がありますか。 [ なし ・ あり ]
- 問7 今までに、次の病気にかかられたことがありますか。 [ なし ・ あり ]  
(高血圧・動脈硬化・糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・褐色細胞腫)
- 問8 現在糖尿病のお薬を飲んでおられますか？お薬を飲んでおられる方はお薬手帳をお見せください。該当薬剤があれば○ なければお薬名を記入してください。  
メトホルミン・メトグルコ・グリコラン・ジベトス・ジベトンS・イニシンク配合錠・エクメット配合錠・メタクト配合錠・メトアナ配合錠・その他 [ \_\_\_\_\_ ]
- \* ヨード剤検査の場合：上記薬品名のビグアナイド系薬剤は検査前2日間・検査後2日間・検査当日を含め合計5日間服薬を中止する[乳酸アシドーシス発現のリスク] (ただし) 緊急に検査を行う必要がある場合を除く

《女性の方へ》

- 問9 現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか。 [ なし ・ あり ]
- 問10 授乳中ですか。 [ いいえ ・ はい ]

検査に対して医師から検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。  
造影剤の使用に同意します。

西暦 年 月 日

同意署名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

### 【紹介医療機関の先生へ】

概ね3ヶ月以内の直近の血清クレアチニン値をご記入ください。

血清クレアチニン値 \_\_\_\_\_ mg/dl (採血日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

### 【鳥取赤十字病院確認欄】

造影剤使用の可否 [ 使用する・使用しない ]

患者 I D \_\_\_\_\_

留意事項：

西暦 年 月 日

放射線科医師： \_\_\_\_\_

実施月日	検査項目	問診票記入時以降の変化	ルート確保	副作用	指導事項 (サイン)
西暦 年 月 日	CT・血管造影 腎臓・胆嚢 その他 ( ) 体重 ( kg ) 身長 ( cm )	喘息の治療 ( ) アレルギー ( ) DMの治療 ( ) その他 ( ) サイン	サイン	無有 ( )	□ 遅発副作用について □ 飲水について ( )