

造影剤使用検査問診票・同意書

1. 気管支喘息の有無	有	無	不明
2. アレルギーの有無	有	無	不明
食物/薬剤アレルギー・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他 ()	※有の方は左に○と記入		
3. 親族・家族にアレルギーを起こしやすい体質の方	有	無	不明
家族歴 () 症状 ()	※有の方は左に記入		
4. 造影剤使用歴の有無	有	無	不明
副作用の有無 (有り・無し) 症状 ()	※有の方は左に記入		
5. 下記疾患の有無	有	無	不明
甲状腺疾患・多発性骨髄腫・褐色細胞腫・マクログロブリン血症・テタニー 重篤な心疾患 病名 () 薬剤名 () 高度肝障害・腎障害 病名 () 薬剤名 () その他 病名 () 薬剤名 ()	※有の方は左に○と記入		
6. 糖尿病薬の服用	有	無	不明
薬剤名 () 休薬 (有り・無し)	※有の方は左に記入		
7. (女性の方) 現在妊娠していますか?	はい	いいえ	可能性 がある
8. (女性の方) 現在授乳中ですか?	はい	いいえ	

採血データより ※Cre: _____ eGFR: _____ (採血データは3ヵ月以内のものを使用)

説明日 年 月 日 医師 _____

看護師 _____

野村病院 院長殿

このたび、私が貴院において造影剤を使用する検査を行うにあたり、担当医からその内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解しましたので、その検査に同意します。

尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄:)

(患者 ID:) 医療法人メディカルパーク 野村病院

診療録管理検討委員会

平成 29 年 7 月 13 日 初版 作成

平成 30 年 4 月 12 日 第 2 版 作成

令和 2 年 2 月 4 日 第 3 版 作成