

造影剤検査問診票

あなたの病気の状態を明らかにするために『造影剤検査』が必要です。

造影剤検査は、通常の検査では写らない部分をはっきりと写し出すために薬剤（造影剤）を使用して、病気の有無、病気の種類などの診断および治療の精度をあげるための検査です。

造影剤による副作用 患者さんの体質により発疹がでたり、気持ちが悪くなったりすることがまれにあります。又、ごくまれに血圧が下がったり、ショックをきたし救急処置が必要になることもあります。このようなときのため用意がしてありますので気分が悪くなったら早めにご遠慮なくお申しして下さい。

検査を安全に行うために、次の質問にお答え下さい。

1. 今まで造影剤（注射）を用いた検査をしたことがありますか？ （はい いいえ）

（はい）の方 いつごろ（ ）どこの（ ）

・検査中・検査後に何らかの症状がありましたか？

なし あり（発疹 吐き気 くしゃみ せき等）

・それに対し、特別な処置を受けましたか？

なし あり（ ）

2. 心臓、肝臓あるいは、腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか？

いいえ はい（心臓・肝臓・腎臓）

3. アレルギー性の病気や体質がありますか？

いいえ はい（気管支喘息・蕁麻疹・アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー）

・気管支喘息の方にお尋ねします、現在治療中ですか？（はい いいえ）

☆気管支喘息で現在治療中の方は基本的に造影剤の使用はできません

4. 妊娠している可能性がありますか？ （はい いいえ わからない）

・造影剤につきご理解の上、検査を承諾いただけますか？

はい いいえ

年 月 日 患者氏名 _____（署名）

代理人氏名 _____（署名）

（本人との続柄： _____）

『主治医の先生へ』

最近の血清クレアチニン値をご記入下さい。血清クレアチニン値（ ）mg/dl

・造影剤の使用目的と副作用について説明しました。

年 月 日 医師氏名 _____

検査時に患者さんに対する緊急処置が必要な場合は、当院の対応に一任して頂きます。

放射線科医師確認欄 検査可能 不可