氏名：　　※要スキャナ

ヨード造影剤使用(CT,血管造影,点滴静注腎盂造影)の問診及び同意書

検査予定日	西暦	年	月	日

過去に造影剤アレルギーが起きた方や、気管支喘息がある方は、通常より副作用出現率が高く、症状が強く出る場合もあります。内容によっては造影検査を行わない事もありますので、必ずお申し出下さい。

1) 今までに造影剤を使用した検査を受けられたことがありますか？
　なし　　あり〔CT検査、血管造影検査、その他（　　）〕

2) その検査の時に、帰宅後も含め副作用はありましたか？
　なし　　あり（症状：　　）

3) 喘息を除く薬物やじんま疹などのアレルギー性疾患をお持ちですか？
　なし　　あり（病名：　　）

4) 気管支喘息と診断されたことはありますか？
　なし　　あり（治療中、治療していない　　最終発作時期：　　）

5) 腎臓や心臓、甲状腺などの持病がありますか？
　なし　　あり（病名：　　）

6) 糖尿病の治療薬をお飲みですか？
　なし　　あり（薬剤名：　　）

7) 以下の病気と言われたことはありますか？
　なし　　あり（褐色細胞腫、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、テタニー）

8) 現在妊娠、またはその可能性がありますか？　　なし　　あり

9) 現在、授乳していますか？　　していない　　している

10) 体重　＿＿＿＿＿＿kg

説明医 氏名　　西暦　　年　　月　　日

上記の説明を受け、これを受けることに同意します。

同意者 患者氏名　　同意日：西暦　　年　　月　　日

同意者 代理人氏名　　続柄

（代理人が署名される場合は、患者氏名にも記載をお願いします。）

済生会広島病院　院長様

2020/4/1改訂

(病院記載欄)

採血日　　年　　月　　日 ｸﾚｱﾁﾆﾝ(Cr)値=　　eGFR値=　　記載者名

使用注意項目（あり　なし）　　前投薬等指示（あり　なし）　主治医判断（　造影可　）