

# ヨード造影剤 問診票・同意書

確認日:

指示医師

印

ID:

## ◎ 問診票 (事前にご記入ください)

1) 普段、糖尿病のお薬を飲まれていますか？服用されている方はお薬の名前をご記入ください。

服薬なし

《服薬確認》

ビグアナイド系糖尿病薬

医師確認

2) 次にあげる病気にかかった事がありますか？あてはまる病名にレ印をつけて下さい。

なし

不明

《疾患の確認》

糖尿病

高血圧

心臓病

けいれん

ぜんそく

腎臓病

甲状腺機能亢進症

多発性骨髄腫

褐色細胞腫

eGFR値が30以下はハイリスク群

結果値

検査日

3) ヨード造影剤を使った検査をした事がありますか？あてはまる検査名にレ印をつけて下さい。

なし

不明

あり

あてはまる検査名にレ印をつけて下さい。

造影CT

泌尿器検査

胆嚢造影検査

血管造影検査

その他

その際、副作用はありましたか？

なし

不明

あり

その際どのような副作用が出ましたか？あてはまる症状にレ印をつけて下さい。

じんましん

発赤

くしゃみ

咳

あくび

口内異常

嘔吐

吐き気

頭痛

顔面むくみ

喉の違和感

血圧低下

その他

4) アレルギー疾患の有無

なし

不明

あり

あてはまる検査名に○印をつけて下さい。

アトピー

アレルギー性鼻炎

食べ物

お薬

その他

具体的に

医師確認

医師確認

医師確認

医師確認

## ◎ 同意書 (事前にご記入ください)

私は造影検査を受けるにあたり、検査の必要性や副作用などの危険性について了承いたしましたので、造影検査を受ける事に同意いたします。  
また副作用や合併症が起こった際の処置を受ける事も併せて同意いたします。

20 年 月 日

患者様署名

代理人署名

続柄