

ガドリニウム造影剤 問診票・同意書

作成日

指示医師

ID:
氏名:

1) 次にあげる合併症や既往歴はありますか。あてはまる項目にレ印をつけてください。

- なし
 不明

《合併症や既往歴の確認》

- 気管支喘息の方
 アレルギー性鼻炎、発疹、じん麻疹などを起こしやすいアレルギー体質の方
 薬物過敏症の既往歴のある方
 腎障害または腎臓機能が低下しているおそれのある方
 長期透析を行っている腎障害、慢性腎障害、急性腎障害の方
 血清ビリルビン値が高値(3mg/dL以上)の方
 妊婦または妊娠の可能性のある方および授乳婦

医師確認

eGFR値が30以下はハイリスク群 結果値 検査日

2) ヨード造影剤やガドリニウム造影剤を使った検査をした事がありますか？あてはまる検査にレ印をつけてください。

- なし
 不明

あり あてはまる検査にレ印をつけてください。

- 造影CT 泌尿器造影検査 胆のう造影検査 血管造影検査 造影MRI
 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ください。

- じん麻疹 発赤 くしゃみ 咳 口内炎 嘔吐
 吐き気 頭痛 顔面むくみ 喉の違和感 血圧低下 あくび
 その他

医師確認

◎ 同意書 (事前にご記入ください)

私は、MRI造影検査を受けるにあたり、検査の必要性や副作用等の危険性について了承しましたので、造影検査を受ける事に同意します。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します。

20 年 月 日

患者様署名

代理人署名

続柄