



造影剤検査  
問診票、同意書

検査日: \_\_\_\_\_

該当する項目に○をして下さい。あるいは( )の中に具体的な記入をしてください

1. 今まで、造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？  
( なし ・ あり )ある方は、いつごろですか( 年 月・不 明)  
CT 検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI 検査
2. その時、副作用はありましたか？  
( なし ・ あり ): 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他( )
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか？  
( なし ・ あり )
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？  
( なし ・ あり )薬剤・食物のアレルギー・アトピー体質・アレルギー性鼻炎  
その他 具体的に( )
5. 現在透析中、または腎臓の働きが悪い(腎不全)といわれたことはありますか？  
( なし ・ あり )
6. 次の病気といわれたことがありますか？  
( なし ・ あり ): 多発性骨髄腫、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症
7. 現在、糖尿病のお薬をのんでられる方はお薬の名前を記入してください  
以下の該当薬剤があれば○ なければお薬名を記入して下さい  
グリコワン・メグット・ネビス・ その他( )  
※ ヨード造影剤の場合:塩酸メトホルミン(グリコワン・メグット・ネビス)は検査前 48 時間・  
検査後 48 時間内服を中止する[乳酸アシドーシス発現のリスクあります]
8. 女性の方で、現在妊娠又は可能性がありますか ( なし ・ あり )  
授乳中ですか ( いいえ ・ はい )  
検査終了後、CT は 48 時間、MRI では 24 時間授乳をお避けください

造影検査同意書

造影検査について説明を受け、造影検査を受けることに同意します。  
また、緊急処置が必要となった場合には、適切に処置されることに同意します。  
ただし、同意した後での撤回も可能です。

年 月 日 患者氏名: \_\_\_\_\_

( 体重 kg)医師の確認

腎機能:過去3か月以内の値 (BUN: Cre: GFR: )

担当医: \_\_\_\_\_