

★ 患者様控として保管して下さい ★

造影CT検査に関する同意書

様

検査日

年 月 日

安全に検査を実施する為に以下の質問にお答え下さい（□に印を付けて下さい）

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？

なし あり (CT MRI 腎臓・尿路造影 胆嚢造影 血管造影 その他)

※ 「あり」の方に質問します。その時に副作用はありましたか？

なし あり (発疹 吐き気 嘔吐 その他 [()])

2. 今までに喘息と言われた事がありますか？ なし あり

3. アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？

なし あり (じんま疹 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー)

薬のアレルギー [] その他 [])

4. 今までに腎臓の働きが悪い(腎不全など)と言われた事がありますか？ なし あり

5. 糖尿病で治療中の方、メトグルコ、メルビン等の薬を内服してますか？ いいえ はい

※ 内服されてる場合： 月 日から糖尿病治療薬()を中止する

6. β遮断薬の服用はありますか？ いいえ はい

7. 重篤な甲状腺疾患はありますか？ いいえ はい

【女性の方のみ】

8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

【造影検査の同意】

東京城東病院 病院長殿

依頼元医療機関名： _____

説明医師氏名： _____

私は造影剤使用に関して「造影剤使用検査に関する説明書」に基づき十分な説明を受けると共に質問する機会を得ました。この説明により予定された造影剤使用検査の必要性と使用する造影剤の説明を受け十分に理解しましたので造影検査を実施する事に同意いたします。

また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

記入日 年 月 日

本人署名： _____

保護者 または 代理人 署名： (続柄：)

TEL : 03-3685-1431

独立行政法人地域医療機能推進機構

東京城東病院