

# 造影 CT 検査の問診・承諾書

## \*\*\*問診票\*\*\*

検査当日に本紙をご記入の上、紹介状と併せて、受付へご提出ください。

1、 今まで造影剤（注射/点滴）を用いた検査をうけたことがありますか？

なし  あり

↓（ありと答えた方）

○どの検査で行いましたか？

CT 検査  MR 検査  その他（ ）

2、（1 でありと答えた方）検査時に副作用はありましたか？（なし以外の項目に該当する方は造影検査を行うことはできません）

なし  あり

↓（ありと答えた方）

○副作用はどのようなものでしたか？

発疹  かゆみ  吐き気  嘔吐  頭痛  その他（ ）

3、 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

↓（ありと答えた方）

○どのようなアレルギーをお持ちですか？

じんましん  アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎  
 食物・薬物アレルギー（食物・薬剤名： ）  その他（ ）

4、 下記に該当する疾患はありますか？（なし以外の項目に該当する方は造影検査を行うことはできません）

なし  甲状腺疾患  重篤な心疾患  腎障害  肝障害  多発性骨髄腫

喘息（ぜんそく）  マクログロブリン血症  糖尿病（服用されている薬： ）

5、（女性の方のみ）現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

なし  あり  わからない

★上述の問診票のうち、2 と 4 にて“なし”の項目以外に当てはまる方は、造影剤の副作用の発生率が高くなります。

★そのため、他院からご紹介の該当患者様には造影 CT 検査をお断りさせていただきますのでご了承ください。

※ご紹介機関とのご連絡がとれない場合は患者様とご相談の上、造影剤を使用しない単純 CT 検査のみを撮影することがあります。

## \*\*\*造影 CT 検査承諾書\*\*\*

<<<患者様>>>

◆私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。

（同意されても、いつでも検査の中止を申し出ることができます。）

承諾日： 年 月 日

患者または代理人・親権者（続柄 ） （署名） (印) 体重 kg

<<<医師>>>

◆上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書にて同意されたことを確認いたしました。

確認日： 年 月 日

(医師署名) (印)



医療法人 葦春堂  
小西病院  
KONISHI HOSPITAL

〒561-0802  
大阪府豊中市曾根東町2-9-14  
TEL.06-6862-1701