



造影CT検査説明同意書・問診表

患者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	(歳)	<input type="checkbox"/> 女性

以下の質問にお答えください。(該当するに印を入れてください)
 ※本人が記入できない場合は、付き添いの方が代筆をお願いします。

<p>① これまでにCTで造影剤を使ったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>→「はい」回答したのみお答えください。造影剤を使用して、副作用が起きましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>→「はい」回答した方は、症状を具体的に記載してください。</p> <p>()</p>
<p>② アレルギーがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>→「はい」回答した方のみお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>③ ペースメーカーまたは除細動器の埋め込みをされていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい 疾患名など () <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>④ 腎臓の病気がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい 疾患名など () <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑤ 甲状腺の病気がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい 疾患名など () <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑥ 糖尿病のお薬を処方されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい お薬の名前 () <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑦ 妊娠中または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい ※授乳中の方は造影検査後 24 時間の授乳を控えてください。 <input type="checkbox"/> いいえ</p>
<p>⑧ 現在の身長と体重を書いてください。</p> <p>身長： _____ cm 体重： _____ kg</p>

☆記入後から検査までの間に、記載事項に変更があった場合はお伝えください。

CT検査同意書

私はCT検査を受けるにあたり、造影検査の目的や注意事項について説明を受け、納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。

○ 記入日 令和 年 月 日

○ 患者氏名 (自著) : _____

○ 家族等氏名 (自著) : _____ (家族との続柄 : _____)

医師記入欄

① 腎機能(eGFR)の確認：検査前6カ月以内の値が必要。原則、eGFR30mL/min1.73 m²以上で造影剤使用可

済 / 未 (理由: 当日までの採血 他院データを持参 緊急 その他)

② ペースメーカーまたは埋め込み型除細動器の有無: なし / あり (わかれば機種名: _____)

③ 造影剤使用の可否: 可 / 否

私が検査・副作用に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師: _____



※紹介元医療機関にて記入をお願いします。