

## 造影CT検査 問診票/同意書

|     |       |                  |     |     |
|-----|-------|------------------|-----|-----|
| I D | お 名 前 | 生 年 月 日          | 身 長 | 体 重 |
|     |       | T・S<br>H・R 年 月 日 | c m | k g |

検査を安全に行うために以下の問診票及び同意書にご記入いただき、スタッフにお渡しください。

| 問診 | ご記入者：本人 ・ ご家族（ ） ・ その他（ ）                     |  |
|----|---|--|
| 1  | 「CT検査を受けられる患者さんへ」は読みましたか                      | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>                               |
| 2  | 今までに造影剤を使用したことはありますか                          | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>                               |
| 3  | 2で「はい」と回答された方、何か症状はありましたか                     | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
|    | 「はい」と回答された方、どの様な症状でしたか                        | 症状：  |
| 4  | CTで使用する造影剤のアレルギーはありますか                        | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>   |
| 5  | 食品や薬剤、その他のアレルギーはありますか                         | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
|    | 「はい」と回答された方、具体的に何のアレルギーですか                    | アレルギー：   |
| 6  | 気管支喘息と診断されたことはありますか                           | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
|    | 「はい」と回答された方、現在も治療中ですか                         | 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 無治療 <input type="checkbox"/>  |
| 7  | 甲状腺機能亢進症と診断されたことはありますか                        | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
| 8  | 腎臓の病気や腎機能が悪いと言われたことはありますか                     | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
| 9  | 心臓病と診断されたことはありますか                             | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
| 10 | 糖尿病のお薬を服用していますか                               | いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>                               |
|    | 「はい」と回答された方、薬剤名をご記入ください                       | 薬剤名：   |
| 11 | 重症筋無力症、マクログロブリン血症、多発性骨髄腫、褐色細胞腫 と診断されたことはありますか | いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> )                           |
| 12 | 妊娠中または授乳中ですか                                  | いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> |

### 【同意書】

私は造影CT検査を受けるにあたり、説明を受けて検査の目的や危険性について理解し了解致しましたので、検査を受けることに同意致します。また副作用や合併症が生じた際の処置を受けることも併せて同意致します。

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署 名（本人または代理人）： \_\_\_\_\_ （続柄）

※ 問診票および同意書の有効期間は1年間とします。変更がある場合はお申し出ください。