医療法人社団 同愛会病院（放射線科検査予約 直通） ☎･FAX ０３-３６５４-３３９０
（代表） ☎ ０３-３６５４-３３１１

造影剤使用検査の問診と同意書

ID
氏名
生年月日
性別

＊検査前に枠内の記入をお願いいたします。

【造影検査の項目をご指定下さい。】
☐CT ☐ MRI ☐DIP ☐ 脊髄造影 ☐ 関節造影 ☐その他 （ ）

【問診項目】
(1) 今までに、造影剤を使用する検査をした事がありますか？
☐なし ☐あり 検査内容（ ）
(2) （1）で検査ありの方にお尋ねいたします。検査では異常がありましたか？
☐なし ☐あり 症状を記入（ ）
(3) 次のような症状や病気がありますか？（下記 該当するものに〇）
☐該当なし ※該当した場合 検査不可の場合あり 検査予約時にご連絡ください。

☐ ヨード過敏症（CT検査） ☐ 甲状腺疾患（CT検査） ☐ アレルギー体質
☐ 気管支喘息(無治療で3年経過していれば検査可能) ☐ 咳喘息
☐ 急性膵炎（CT検査） ☐ 肝障害 ☐ 腎障害
☐ 褐色細胞腫・パラガングリオーマ（CT検査） ☐ 食べ物・薬のアレルギー（ ）
☐ マクログロブリン（CT検査） ☐ 多発性骨髄腫（CT検査） ☐ テタニー（CT検査）
☐ 鉄アレルギー（MRCPでフェリセルツ禁） ☐ 重篤な心障害（CT検査）
☐ ビグアナイド系糖尿病薬（CT造影剤併用禁忌 検査前後2日は投与中止、検査2日後に腎機能を確認）
☐ 妊娠・授乳の可能性（授乳中の方は投与後 CT 48時間・ MRI 24時間 授乳をさける）

造影剤使用検査では副作用が発生する可能性があります。しかし副作用の発生を事前に予知する方法はありません。副作用は注射の直後に起こりますが、まれに注射して数時間後に症状が発生することがあります。

副作用 軽い副作用・・ じんましん・くしゃみ・かゆみ・頭痛・吐き気・嘔吐など（5％以下）
重篤な副作用・・ 呼吸困難・ショック・意識消失・急性冠症候群など（0.04％）
非常に稀ではありますが、死亡（0.004～0.001％）の報告もあります

副作用の多くは軽度の副作用です。万一、重篤の副作用が発生した場合には医師、看護師が直ちに処置に当たります。
副作用の起こる方の多くは気管支ぜんそく・アレルギー体質の方に起こりやすく、問診項目に答えていただき、該当項目によっては検査を行わない場合もあります。
その他不明な点が御座いましたら医師にご相談下さい。

造影剤使用検査の同意書

この度、貴方は主治医により造影剤使用検査が必要であると判断されました。

年 月 日 **紹介元医療機関名** （ ）
医師署名 （ 印 ）

私は造影剤使用検査に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しました。
私は造影剤使用検査に同意します。
また、万一副作用が発生した場合には必要な処置を受けることを承諾します。

年 月 日
ご本人または、代理人のご署名 （ ）