

CT検査問診票

記載日 年 月 日

患者様氏名 _____ [] 歳 性別 男性・女性

体重 _____ kg

以下の質問にご記入をお願いします。

「あり」の場合、適当な項目を○で囲むか、()内に具体的に記入して下さい。

1. 今まで造影剤（点滴・注射）を用いた検査を受けたことがありますか。
なし あり
2. その時副作用はありましたか。
なし あり [蕁麻疹、赤疹、かゆみ、発汗、紅潮、咳、くしゃみ、呼吸困難、嘔吐、
血圧低下、ショック、その他()]
3. 今までに喘息の既往がありますか。
なし あり
4. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか。
なし あり [かぶれ、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎]
薬のアレルギー() 食物アレルギー()
5. 以下の病気と言われたことがありますか？
腎臓病 糖尿病 甲状腺機能亢進症
骨髄腫 マクログロブリン血症 テタニー 褐色細胞腫
6. 糖尿病の薬を飲まれていますか。飲まれている方は薬の名前も記入して下さい。
なし あり 薬の名前()
7. 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 [妊娠中、授乳中、可能性あり]

【造影剤による検査の説明・同意書】

CT検査では、造影剤の注射をすることがあります。造影剤は病気の診断に役立つ薬剤ですが、まれに以下のような副作用が起こる場合があります。

○軽い副作用(20人に1人程度の頻度です。)

吐き気、嘔吐、蕁麻疹、くしゃみ、頭痛、熱感、などが生じることがあります。

○重い副作用(1,000人に1人程度の頻度です)

血圧低下、呼吸困難、ショック、腎不全など。

極めて稀ですが、死亡例もあります。(10万～20万人に1人程度)

※病気により造影剤を使用出来ない場合もあります。

(ヨード過敏症、重篤な甲状腺疾患、気管支喘息、アレルギー体質、腎障害、重度心疾患のある方)

※糖尿病薬の種類によっては、造影剤との併用で乳酸アシドーシスという副作用の危険性が高まります。検査の前後48時間は糖尿病薬の服用を中止していただくようになります。

私は造影CT検査の必要性和副作用について説明を受け理解しましたので造影検査に同意致します。

平成 年 月 日

患者様氏名 _____ ご家族氏名 _____ (続柄) _____

