造影剤検査問診票・同意書（院外依頼用）

造影剤使用に関する説明書をお読みになり、本用紙を検査当日に必ずお持ちください。

次の当てはまるものに〇や文字を記入してください。

1. 今まで造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。	いいえ	はい
2. その時副作用はありましたか。	いいえ	はい
症状：吐き気・嘔吐・発疹・くしゃみ・咳・呼吸困難・ショック・その他		
発生したのは：検査中・検査直後・数時間後～2日後・3日後以降		
3. 喘息といわれたとこはありますか。	いいえ	はい
4. アレルギー性体質・アレルギー性の病気はありますか。	いいえ	はい
5. けいれん・てんかん発作を起こしたことはありますか。	いいえ	はい
6. 今までに以下の病気にかかったことはありますか。	いいえ	はい
糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病・褐色細胞腫		
7. 下記の糖尿病薬を飲んでいますか。（該当するものに〇を付けてください）	いいえ	はい
メトホルミン・メトグルコ・グリコラン・イニシンク・エクメット・メタクト		
その他（　　）		
検査当日はおくすり手帳を持ってご来院ください（内容を確認させていただく場合があります）		
8. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか。	いいえ	はい

●説明書に基づき、医師から検査内容・造影剤の副作用の説明を受け理解いたしました。造影剤の使用に同意します。また万が一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。（なお同意はいつでも撤回できます）

説明日　　年　　月　　日

本人同意署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　又は　　代諾署名＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿

●説明書に基づき、患者様に対する造影検査について説明しました。

紹介元医療機関

説明医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿