造影検査問診票

診断をより正確に行うために造影剤を使用します。
一般的に造影剤は安全な診断薬ですが、副作用が起きることもあります。
副作用には、嘔吐（おうと）、吐き気、発疹、じんましん、かゆみ、血圧低下、熱感などの一時的な症状があります。また、まれにショック（呼吸困難、心臓停止）症状も現れることもあります。
もしこのような症状がでた場合においても、すぐに対処できるようにしてありますので安心して検査をお受けください。

安全に検査を受けていただくために以下の質問にお答えください。

質　問　事　項	回答欄	
心臓が悪いといわれたことがありますか？	はい	いいえ
アレルギー体質といわれたことがありますか?	はい	いいえ
気管支喘息といわれたことがありますか？	はい	いいえ
今までに食べ物や、薬、注射で気分が悪くなったり、熱が出たり、皮膚に発疹がでたことがありますか?	はい	いいえ
腎臓が悪いといわれたことがありますか？	はい	いいえ
※注　クレアチニン値（　　mg/dl）測定日（　　年　　月　　日）		
糖尿病がありますか?	はい	いいえ
ビグアナイド系の糖尿病薬を飲んでいる：メトグルコ・エクメットHD・エクメットLD その他（　　）		
甲状腺の病気がありますか？	はい	いいえ
造影剤を使用した検査をしたことがありますか？	はい	いいえ
そのとき、吐き気など気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
（女性の方へ）現在妊娠していますか？	はい	いいえ
体重はいくらですか？　（　　ｋｇ）		

※注　医師記載欄

造影剤検査同意書

医師の診察・説明を受け、造影剤検査の効果・目的・有益性、副反応の可能性などについて理解した上で、検査を希望します。

令和　　年　　月　　日

本人自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

※　代理人は本人自署できない場合署名して下さい。