

# 造影検査問診・承諾書

検査日： 年 月 日

検査：CT・MRI・その他（ ）

検査を安全に行う為に、以下の質問にお答えください  
(該当する項目の にチェックをお願いします)

アレルギー体質または、アレルギー性の病気がありますか？

なし

あり

(かぶれ・じんましん・アトピー性皮膚炎・ぜんそく・アレルギー性鼻炎・飲み薬の副作用・注射の副作用・食物アレルギー・他 )

今までに造影剤の注射をしながら検査をしたことがありますか？

なし

わからない

あり いつ頃？ ( 年 月頃 )

その際、気分が悪くなった・発疹が出た等の副作用があった方はその内容を記入してください。

症状が出現した時期 ( 検査中・検査後・数時間後・数日後・その他 )

症状 ( )

御家族に造影検査を受け、副作用のあった人がいますか？

なし

あり

以下の内容で当てはまる事がありますか？

腎臓が悪いと言われた事がある

現在妊娠または授乳している(女性の方)

甲状腺の病気で、現在治療している

現在糖尿病の治療をしている(服用している薬： )

上記項目で当てはまる事はない

当日の検査は、造影剤を注射しながら行う予定です。造影剤は病気の状態を一層正確に診断する為に使うもので、正確かつ最良の治療方針を立てる為に非常に重要なものです。極めてまれに治療を要する血圧低下やショック等の重大な症状を引起す事があります。また10万人～40万人に1人の割合で死亡することもあるとされています。造影剤の投与中や検査後にこのような症状や何か異常がありましたら、すぐに申し出てください。適切な対応・処置をいたします。検査室には万全の準備を備えておりますので、どうぞご安心をして検査にご協力ください。

説明医師 \_\_\_\_\_

造影剤の必要性とそれに伴う危険性を充分にご理解いただいたうえで、検査にご同意いただけましたら下記にご署名をお願い申し上げます。尚、どんな些細なご質問でもお気軽に申し付けください。

私は、造影検査を受ける事を承諾致します。

平成 年 月 日

横浜医療センター病院長 殿

ご本人お名前： \_\_\_\_\_

代理の方お名前：

(続柄： )

(ご本人が未成年者または署名できない場合のとき)