

# 造影 CT 検査同意書

検査の際には必ずこの問診票をご持参下さい。

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. 造影 CT 検査を受けたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 造影 CT 検査を受けたことがある方にお尋ねします。<br>その時何か副作用がありましたか   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                             |                             |
| 3. ビグアナイド系の血糖降下薬を内服していますか？   | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ※メトグルコ、グリコラン、メデット、ジベトス、ジベトンS、<br>エクメット、メトホルミン塩酸塩など、服用中であれば<br>造影検査前後 48 時間は服用を中止してください。  |                             |                             |
| 4. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか？  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じん麻疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎<br><input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 注射の副作用食べ物によるアレルギー |                             |                             |
| 5. 腎機能の記入をお願いします。(ただし、eGFR<45の方は検査が出来ません。)   |                             |                             |
| eGFR _____ (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )  | (検査日                        | 年 月 日)                      |
| 6. 何か持病や手術を受けたことがありますか？あればご記入下さい。  |                             |                             |

私は担当医師から造影 CT 検査の目的、危険性について十分な説明を受け、様々な副作用を起りうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮した上で、造影CT検査(令和 年 月 日)施行を受けることに同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

独立行政法人 国立病院機構 四国子どもとおとなの医療センター 病院長殿

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_ (印) 自署(フルネーム)または記名押印

※本人が署名不可能の時は、代わりに代理人欄にも必ず署名をお願いいたします。

代理人 \_\_\_\_\_ (印) 自署(フルネーム)または記名押印

患者との続柄: \_\_\_\_\_

※患者が小児の場合は、親権を有する人が記入してください。

日付 令和 年 月 日

病院名

説明医署名