ヨード系造影剤検査に関する同意書　　能美市立病院

患者ID:　　氏名　　様

検査日:

今回の検査では造影剤(ヨード剤)の使用が予定されています。
造影剤は検査のための薬剤で、使用することで体の中を鮮明に写し出し、より詳しい画像情報が得られます。造影剤の使用時には、時に吐き気やじんま疹などのアレルギーが見られることがあります。また、非常にまれですがショックといった重篤な副作用も報告されています。造影剤の必要性と危険性をよく理解していただいたうえで、安全に検査を行うために、下記の質問にお答え下さい。

該当する部分を〇で囲んで下さい

1.　現在の身長と体重を記載して下さい。　身長(　　cm)	体重(　　kg)
2.　次の疾患にかかられたことはありますか？(該当する部分に〇をつけて下さ 甲状腺疾患 ・ 高血圧 ・ 動脈硬化 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 腎臓病 ・ 褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫	ある　　ない
3. 過去に造影剤を使用した際に、副作用はありましたか？	あった　　なかった　　初めて
4. 気管支喘息と言われたことがありますか？	ある　　ない
5. アトピー・アレルギー性鼻炎・食物アレルギーはありますか？	ある　　ない
6. けいれん・てんかん発作をおこした事はありますか？	ある　　ない
7. 糖尿病のお薬を飲んでいますか？(休薬が必要となる場合があります) **※(依頼医へ)7で「はい」の方、服薬中のお薬は、ビグアナイド系糖尿病薬ですか？**	はい→薬品名を具体的に　　いいえ (薬品名:　　) はい(→検査前後48時間の休薬が必要です)　　いいえ
8. 妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか？	ある　　ない

この度、私が貴院において造影検査を受けるにあたり、説明を受け、危険性等の内容に関して十分に理解し納得したので同意いたします。

署名年月日　　年　　月　　日

患者様署名　　又は　代理人署名　　続柄)
(患者様署名がある場合、代理人様の署名は不要です)

※以下、検査依頼医。

腎機能を把握するため、原則3か月以内の**eGFR値**を記載して下さい。

eGFR値　　ml/min/1.73m^2

(測定日:　　年　　月　　日)　(又は血清クレアチニン値(SCr)　　)

※腎機能が低値(eGFR<45)のため当院にて検査後の補液(生食500ml)を希望します。　□補液希望の場合チェック

説明医師:　**サインをお願いしま**　同席者:　技師: