

検査日：平成 年 月 日（ 午前 ・ 午後 時 分）  
検査名：マルチスライス CT 検査 患者 ID：（ ）

## 造影検査同意書

平成 年 月 日

海老原病院長 殿

私は CT 検査における造影剤使用の有用性と危険性について説明を受け、その必要性を理解したので検査を受けることを同意致します。また副作用が見られたときは必要な処置を受けることを承諾いたします。

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

保護者 住所： \_\_\_\_\_

または 氏名： \_\_\_\_\_ (印)

代理人 (患者様との続柄： \_\_\_\_\_)

## 問診票

体重 ( kg )

- 今までに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？あれば \_\_\_\_\_ をつけてください。  
なし あり CT 検査、MRI 検査、血管造影検査、その他 ( )
- 造影検査を受けた事がある方にお尋ねします。その時何か副作用がありましたか？  
なし あり じん麻疹、吐き気、その他 ( )
- 喘息やアレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか？  
なし あり ぜんそく、じん麻疹、アトピー、アレルギー性鼻炎  
飲み薬、注射の副作用 ( )  
食べ物によるアレルギー ( )
- ご家族の方で、アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか？  
なし あり ある方はどなたですか ( )
- 何か持病や手術を受けたことがありますか？あればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

医師名 \_\_\_\_\_ 造影剤 ( 可能 ・ 不可能 )

使用造影剤 \_\_\_\_\_ 使用時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分