造影 CT 検査　問診票

CT 検査を安全・適切に行うために、以下の質問にお答え下さい。造影剤使用可能かどうか医師が確認しますので太枠１～７の項目をチェックしていただきますようご協力お願いします。

	はい	いいえ
1．今までに造影剤を注射して CT 検査をしたことがありますか。	□	□
その検査中（または検査後）何らかの副作用がありましたか。 【はいの方】その副作用にチェックしてください。	□	□
□ 発疹　□ かゆみ　□ 口腔内異常　□ くしゃみ　□ 咳　□ 吐気 □ 嘔吐　□ 意識消失　□ 血圧低下　□ その他（　　）		
2．最近５年以内に喘息の治療を受けたことがありますか。	□	□
3．ビグアナイド系糖尿病薬を飲まれていますか。(造影 CT 検査説明書参照)	□	□
4．あなたは、次のような病気にかかったことがありますか。または治療中ですか。 【はいの方】その症状、又は疾患にチェックしてください。	□	□
□ 甲状腺機能亢進症（バセドー氏病）□ 骨髄腫 □ マクログロブリン血症 □ テタニー □ 褐色細胞腫 □ 腎臓病　□ その他（　　）		
5．喘息以外のアレルギー性の病気や体質はありますか。 【はいの方】病名にチェックしてください。	□	□
□ アレルギー性鼻炎 □ 花粉症 □ アトピー性皮膚炎 □ 薬物アレルギー □ その他(　　)		
6．女性の方のみお答えください。		
現在、妊娠している可能性はありますか。もしくは授乳中ですか。 （授乳中の場合、造影剤注入後、48 時間は授乳ができません）	□	□
7．体重をご記入下さい。造影剤の使用および検査の適正化のために必要です。 体重　＿＿＿＿＿kg		

京都中部総合医療センター病院長　殿

※依頼医はどちらかにチェックをしてください

□　一般用　　同意書：問診結果を踏まえ造影 CT 検査可能と判断した

□　過敏症/喘息用　同意書：副作用のリスクより検査の有益性が高いと判断した

(1.で副作用があり、または 2.で治療歴のある方)

主治医　＿＿＿＿＿＿＿＿印

別紙の造影 CT 検査説明書に沿って説明(造影剤過敏症・喘息・糖尿病薬の服用の注意点を含め)を受けた上で、今回の造影 CT 検査に同意します。

年　　月　　日

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人の場合＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者様本人の氏名も併せてお書き下さい）