

患 者 番 号

氏 名

生 年 月 日

性 別

病 棟・病 室

検 査 日	
診 療 科	
紹介元医師 署名	
説 明 日	

新小文字病院長 殿

造影剤投与における同意書

あなたの検査名

☐ C T 検査

☐ 排泄性尿路造影検査（I P ・ D I P）

☐ 血管造影検査

☐ M R I 検査

☐ 排泄性胆のう造影検査（D I C）

☐ その他 （ ）

あなたが受けた説明

☐ 造影剤とは何か

☐ 造影剤使用の選択

☐ 造影剤による反応の頻度

☐ 緊急時の対応について

問診確認欄

①喘息と言われたことがありますか？

☐ : ない

☐ : ある

②お薬に対するアレルギーがありますか？

☐ : ない

☐ : ある

○「ある」とお答え頂いた患者様へ

◎具体的なお薬の内容を教えてください
（ ）

③糖尿病で飲んでいるお薬がありますか？

☐ : ない

☐ : ある

○「ある」とお答え頂いた患者様へ

◎具体的なお薬の内容を教えてください （ ）

④ 以前造影剤検査を受けられたことが ☐ : ない

☐ : ある ありますか？ ☐ : ある

○「ある」とお答え頂いた患者様へ

◎その検査はどのような検査でしたか？
C T M R I 血管造影 その他（ ）

◎その検査の際、副作用などありましたか？

発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 ☐ : ない

頭痛 その他（ ） ☐ : ある

●紹介病院確認欄

☐ 腎機能確認

冠動脈CT検査時使用薬剤

ニトロペン使用

☐可

☐不可

メトプロロール使用

☐可

☐不可

コアペーター使用

☐可

☐不可

私は、今回検査における造影剤使用に関して説明を受け、質問する機会を与えられました。

造影剤検査に際し

必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。

年 月 日

署名

〈記入上の注意〉

○患者が未成年の場合や承諾能力がない場合には、同意者のみで署名することも可。

○患者、同意書が印鑑を所持していない場合には署名のみでも可。

改定日 H29.8.1

連絡先：社会医療法人財団 池友会 新小文字病院 電話 093-391-1001（24時間対応）