

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CT検査 | <input type="checkbox"/> MRI検査 |
| <input type="checkbox"/> 排泄性尿路造影検査 (IP・DIP) | <input type="checkbox"/> 排泄性胆のう造影検査 (DIC) |
| <input type="checkbox"/> 血管造影検査 | <input type="checkbox"/> その他 () |

あなたが受けた説明

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 造影剤とは何か | <input type="checkbox"/> 造影剤による反応の頻度 |
| <input type="checkbox"/> 造影剤使用の選択 | <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> : ない | ④ 以前造影剤検査を受けられたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> : ない |
| | <input type="checkbox"/> : ある | | <input type="checkbox"/> : ある |
| ②お薬に対するアレルギーがありますか？ | <input type="checkbox"/> : ない | ○「ある」とお答え頂いた患者様へ | |
| | <input type="checkbox"/> : ある | ◎その検査はどのような検査でしたか？
CT MRI 血管造影 その他 () | |
| ○「ある」とお答え頂いた患者様へ | | ◎その検査の際、副作用などはありましたか？ | |
| ◎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？ | <input type="checkbox"/> : ない | 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 | <input type="checkbox"/> : ない |
| | <input type="checkbox"/> : ある | 頭痛 その他 () | <input type="checkbox"/> : 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 () | | | |

●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	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
メトプロロール使用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
コアペーター使用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 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 0570-09-1002 (24時間対応)