**令和　　年　　月　　日**

**( CT ・ MRI )造影剤検査問診票・同意書**

**今回あなたは、(CT・MRI)検査の際に「造影剤」という検査薬を静脈内に投与して検査をすることが予定されています。この検査の目的は、血管や尿管、また体内の病変などを鮮明に描出し、より正確な画像診断を行うためです。**

**しかし、造影検査時にはまれに副作用が出る場合があります。副作用として、かゆみ・くしゃみ・吐き気・全身倦怠感などがあり、まれに喘息様発作やショックなどの重篤な合併症が起こることもあります。また、数時間～数日後に吐き気、皮疹など「遅発性副作用」がまれに現れることもあります。**

**副作用の発生を完全に予測することは困難ですが、参考として以下の質問にお答えください。また、今回の造影検査の説明に対し十分理解していただいたうえ、下段の該当項目（同意確認）を選択し署名をお願いします。**

1. **アレルギー性疾患の既往がありますか？（ 有 ・ 無 ）**

**既往（有）の場合、どんな疾患ですか？　□ 気管支喘息　　□ 薬剤アレルギー**

* **その他（　　　　　　　　　　　）**

1. **過去に造影剤検査をしたことがありますか？（ 有 ・ 無 ・ わからない）**

**使用したこと（有）の場合、何の検査でしたか？（　　　　　　　　　　　　　）**

**また、その検査で副作用はありましたか？（ 有 ・ 無 ・ わからない）**

**副作用（有）の方、副作用の内容をおしえてください。**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

1. **その他以下の疾患があればチェックをお願いします。**

**□ 心疾患　　 　□ 肝疾患　　　 □ 腎臓病（クレアチニン値：　　　　mg/dl）**

**□ 糖尿病（ビグアナイド系糖尿病薬服用の有無　□ 無　　□ 有：　月　日より休薬）**

**□ 呼吸器疾患　　□ 重篤な脱水症状　　□ その他（　　　　　　 　　　）**

1. **造影剤の使用量を決定するため、あなたの体重をおしえてください。**

**Kg**

**あなたは今回の造影剤使用に同意されますか？**

**（ 同意します ・ 同意しません ）**

**患者様署名**

**代諾者署名　　　　　　　　　　（続柄）**

**確認医師署名**