造影検査同意書

CT検査, MRI検査, (どちらかに○をして下さい)

検査日 西暦 年 月 日

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 病院長殿

私は、担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明を受け、造影検査に関する説明文を読んだ上で、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性と危険性を考慮したうえで、造影検査を受けることに同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることに同意いたします。

本人 (同意した日) 西暦 年 月 日

氏名

代理人 *検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合

氏名

(患者さまとの間柄:)

説明医師 (説明した日) 西暦 年 月 日

医師署名

※ 一旦同意された後でも、同意はいつでも撤回できます。その場合は担当医にご連絡いただくか、検査当日にスタッフまでお申し出ください。

※説明医師へ

当日、造影の危険性が高いと判断された場合は、造影しない場合があります。ただし入院期間中と外来は別の同意書が必要になります。なお、問診票は検査毎に必要です。

造影検査問診票

この問診票は、検査をできるだけ安全確実に行うためのものです。おわかりになる範囲でなるべく正確に記入をお願いします。また、検査の際には必ずこの問診票をご持参下さい。検査当日、医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

検査名：CT ・ MRI ・ 血管撮影 ・ その他（ ）

検査日：西暦 年 月 日

氏名 様 才 身長 cm 体重 kg

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？
なし あり （CT・MRI・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査）
2. 造影検査を受けたことがある方にお尋ねします。
その時、何か副作用はありましたか？
なし あり 発疹・吐き気・咳・くしゃみ・その他（ ）
3. アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？
なし あり ぜんそく（小児ぜんそく含む）・じん麻疹・アトピー
アレルギー性鼻炎・花粉症
食べものによるアレルギー（ ）
4. ご家族の方でアレルギー性の病気やアレルギー性体質などがありますか？
なし あり（ ）
5. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか？
なし あり 薬剤名（ ）
6. 体内に何か金属・磁性体がありますか？
なし あり 心臓ペースメーカー・人工内耳（移植蝸牛刺激装置）
人工骨頭・脳動脈クリップ・入れ墨・その他（ ）
7. 腎臓の病気、そのほか何か持病や手術を受けたことがあればご記入ください。
（ ）
8. 女性の方にお聞きします。下記のいずれかにチェックをして下さい。
妊娠していない 妊娠中 妊娠の可能性がある