**造影検査　問診票・同意書（地域連携検査用）**

**桑名市総合医療センター**

氏名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 検査日: 　 年 月 日

**1) 今までに下記病気にかかったことがありますか。**

1. 腎臓病・腎不全
2. 糖尿病
3. 心臓病
4. 花粉症
5. アトピー性皮膚炎
6. アレルギー性鼻炎
7. 蕁麻疹
8. 喘息
9. 上記疾患はない

**2) 今までに薬や注射で、蕁麻疹が出たり気分が悪くなったなどアレルギーはありますか。**

**【　ある　・　ない　】**

その薬の名前がわかりましたら教えて下さい。**（ 　 　　　 　 ）**

**3) これまで造影剤を注射する検査を受けたことがありますか。**

**【　ある　・　ない　】**

◆その検査中、またはその後に次のような症状がでましたか。

**【　ある　・　ない　】**

『ある』に○をされた方はその症状を教えて下さい。

1. 蕁麻疹

2. 発疹

3. 喉の不快感

4. くしゃみ

5.咳

6.吐き気

7.嘔吐 ( 吐く )

8.息苦しさ

9.血圧低下

10.意識障害

11.その他 （　　　　　　　　）

**4) (女性の方のみ)現在、妊娠中又は妊娠の可能性がありますか。**

**【　ある　・　ない　】**

**5) 糖尿病で治療中の方にお尋ねします。メトホルミン(メトグルコなど) を**

**飲まれていますか。**

**【　はい　・　いいえ　・　分からない　】**

**私は主治医より造影剤検査について説明を受け十分に理解できました。その上で検査を受けることに同意します。 緊急時または医学上の立場から処置の変更をする必要がある場合には、その処置を受けることについても同意します。**

**同意日: 　年　　　月　　　日　　 患者氏名:**

**代筆者: 　 （本人との続柄　 　 ）**

【主治医記入欄】

腎機能: eGFR /ml/min)　　※造影MRI検査の場合は30ml/min以下は禁忌

心機能:（　良好　・　不良　・　不明　）

造影検査を　　①　施行可　　②　施行不可　　③　指示事項（　　　　 　　　　）

指示日:　　　年　　　月　　　日　　　医師署名: