|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１** | **ＣＴ・ＭＲＩや血管造影などの造影剤で副作用が出たことはありますか**発疹・のどの不快感・くしゃみ・咳・吐き気・嘔吐・息苦しさ・血圧低下・意識障害その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | **はい** | **いいえ** |
| **２** | **気管支喘息ですか　＊原則禁忌**（小児喘息既往歴・咳喘息は除く）あれば具体的にお書きください　例：現在治療中・症状がある・幼少期のみ症状あり…等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **はい** | **いいえ** |
| **３** | **次の病気と診断されていますか　または疑いといわれていますか　　＊原則禁忌**褐色細胞腫・多発性骨髄腫・マクログロブリン血症・テタニー・甲状腺機能亢進症 | **はい** | **いいえ** |
| **４** | **経口糖尿病薬を服用していますか**（薬品名：メトホルミン・メトグルコ・グリコラン・メトアナ・メタクト　　　　　　　　　　　　　　　ジベトス・ジベトン・エクメット・イニシンク…等） | **はい** | **いいえ** |
| **５** | **薬や食べ物アレルギーがありますか　アレルギー性の病気がありますか**アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）分かれば薬品名や食べ物を記入してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **はい** | **いいえ** |
| **６** | **妊娠中または妊娠の可能性がありますか** | **はい** | **いいえ** |

**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出来ました。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。**

* **検査内容に承諾し同意書を提出された後でも、当日の体調不良や検査を受けたくなくなった場合は、主治医に相談してください。**

**同意日：　　　　年　　月　　日**

**患者氏名：　　　　　　　　　　（代筆者：　　　　　　　　　）　　（本人との続柄：　　　　）**

**立会人氏名**

**【以下職員記入欄】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **７** | **上記の項目に対して検査前処置を行いますか**＊ありの場合は指示内容を記載してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **あり** | **なし** |
| **８** | **eGFR・クレアチニン値を記入してください　（採血日：　　　　年　　　月　　　日）**＊eGFR値が30ml/min以下の場合は原則造影できませんeGFR（　　　　　　　　　　　　mg/dl）　　　クレアチニン（　　　　　　　　　　　　ml/min） |
| **９** | **耐圧ポートはありますか**＊耐圧ポートからの造影剤注入　　　□可　　　　□不可 | **あり** | **なし** |

**上記内容について確認し、検査が実施できると判断しました**

**問診日：　　年　　月　　日　問診担当者：**　**判断医署名：**