造影剤を使用する検査

問診・同意書

検査日：　　年　　月　　日

造影剤は病気の状態を一層正確に診断する為に使うもので、正確かつ最良の治療及び治療方針を立てる為に非常に重要なものです。副作用として、極めてまれに血圧低下やショック等の重大な症状を引起す事があります。造影剤の投与中や検査後にこの様な症状や何か異常がありましたら、すぐに申し出てください。適切な対応・処置をいたします。検査室には万全の準備を備えておりますので、どうぞご安心をして検査にご協力ください。

■検査を安全に行う為に、以下の質問にお答えください。

・ アレルギー体質または、アレルギー性の病気がありますか？
　（　なし　　ある　）
・喘息がありますか？
　（　なし　　ある　）
・ 今までに造影剤の注射をしながら検査をしたことがありますか？
　（　なし　　わからない　　ある　）→いつ頃？（　　年　　月頃 ）
・その際、副作用があった方はその内容を記入してください。
　（　　）

・腎臓が悪いと言われた事がある。　（　なし　　ある　）
・現在妊娠または授乳している。（女性の方）　（　なし　　ある　）
・甲状腺の病気で、現在治療している。　（　なし　　ある　）
・現在糖尿病の治療をしている。　（　なし　　ある　）

説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

造影剤の必要性とそれに伴う危険性を充分にご理解いただいたうえで、検査にご同意いただけましたら下記にご署名をお願い申し上げます。

私は、造影検査を受ける事を承諾致します。

年　　月　　日　　ご本人お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理の方お名前　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）
（ご本人が未成年者または署名できない場合のとき）

久保整形外科クリニック 673-0891 明石市大明石町１丁目6-1 ﾊﾟﾋﾟｵｽあかし 3F
TEL：078-917-6800　FAX：078-917-3303