

造影剤検査の説明・問診表

(院外用)

様

今回実施する検査（ CT ）は造影剤を使用します。

造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変がはっきりして、病変の性質についての詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。

造影剤は注射で血管内に注入します。この時、少し熱いと感じることがありますが、一時的なもので心配はいりません。ただ、まれにこの造影剤の副作用として、吐き気、嘔吐、くしゃみ、じんましんなど、また、体質によって（CT造影剤で2500人に1人、MRI造影剤で5万人に1人ぐらい）呼吸困難、血圧低下、全身のむくみなどの重篤な過敏反応が起こることがあります。

もちろん、副作用が発生した場合は、すぐ対応できるように準備は整えていますが、これらの副作用を予知し、安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください。

1、今まで造影剤（注射）を用いて検査をしたことがありますか？

なし あり

① 何の検査ですか？（ CT、MRI、腎臓尿管造影、胆のう造影、血管造影（カテーテル）その他）

② どこで、いつ頃ですか？（ ）

③ 検査中、検査後に何らかの症状がありましたか？

なし あり（吐き気、嘔吐、くしゃみ、咳、じんましん、呼吸困難、血圧低下、その他）

④ それに対し、特別な処置をうけましたか？

なし あり（ ）

2、飲み物や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし あり（ ）

3、喘息やじんましん、アトピー性皮膚炎、その他のアレルギー性の病気がありますか？

なし あり（喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、その他）

4、現在、心臓病や腎臓病、甲状腺の病気がありますか？

なし あり（心臓（ ）、腎臓（ ）、甲状腺（ ））

5、現在、妊娠の可能性がありますか？

なし あり

6、検査前の食事は食べずに来られましたか？

はい いいえ

平成 年 月 日

上記の質問について、回答しました。

ご本人氏名（自署） _____ 又は 代理人氏名（自署） _____（続柄 _____）

紹介元医療機関 医師名（自署） _____

平成 年 月 日

太田川病院確認医師名（自署） _____

* 検査当日には必ずこの用紙をご持参ください。

* 検査のあと、またはご自宅に帰られた後に副作用と思われる症状や、何か異常が現れた場合には当院へ連絡して下さい。

* なお、わからないことがありましたら遠慮なくお問い合わせください。

太田川病院

TEL 082-220-0221