

# 造影検査（CT・MRI）を受けられる方へ

CT・MRI 問診票		記入日	年	月	日
お名前	(年齢 才 男・女) 体重	k g			
検査を安全に施行するため、下記の項目について記入をお願いします。					
CT検査の方	① CT 検査用の造影で気分が悪くなったことがある	(はい・いいえ)			
	② CT 検査用の造影で発疹やかゆみがあったことがある	(はい・いいえ)			
	③ アレルギー性疾患がある	(はい・いいえ)			
	④ 腎臓が悪いといわれたことがある	(はい・いいえ)			
	⑤ 現在透析治療を受けている、又はシャントを（右・左）に造設している	(はい・いいえ)			
	⑥ 妊娠もしくはその可能性がある	(はい・いいえ)			
	⑦ 現在授乳中である	(はい・いいえ)			
	⑧ 重篤な甲状腺疾患がある	(はい・いいえ)			
	⑨ 糖尿病の方で、ビッグアナイド系経口薬（血糖降下剤）を服用している	(はい・いいえ)			
★※の薬を服用している方は、造影剤投与前後 48 時間は休薬してください。					
MRI検査の方	① 心臓ペースメーカーを使用している	(はい・いいえ)			
	② 脳動脈瘤クリップが入っている	(はい・いいえ)			
	③ 手術の既往があり医療用の金属が体内に入っている	(はい・いいえ)			
	④ 人工内耳を使用している	(はい・いいえ)			
	⑤ 義眼を使用している	(はい・いいえ)			
	⑥ 今までに気管支喘息と診断されたことがある	(はい・いいえ)			
	⑦ アレルギー性疾患がある	(はい・いいえ)			
	⑧ MRI 検査用の造影で気分が悪くなったことがある	(はい・いいえ)			
	⑨ MRI 検査用の造影で発疹やかゆみがあったことがある	(はい・いいえ)			
	⑩ 閉所恐怖症の可能性はある	(はい・いいえ)			
	⑪ 緑内障、前立腺肥大、心臓疾患いずれかの既往がある	(はい・いいえ)			
	⑫ ニトロダーム TTS、ニコチネル TTS を使用している	(はい・いいえ)			
CT・MRI 確認者署名	医師	看護師	放射線技師	医事課	

★次のような病気にかかったことがある。または現在、治療を受けていますか。（○をつけてください）

重度肝障害・重度甲状腺疾患・心不全・多発性骨髄腫・カルシウム代謝異常・糖尿病・腎機能障害・その他（ ）

## 1、説明書

あなたが受ける検査（CT・MRI）の際に造影剤という薬を使用しての検査が予定されています。造影剤は体の中をより鮮明に写しだし詳しい検査をするために必要な薬です。しかし、造影剤の使用時には稀に吐き気やジンマシンなどのアレルギーが見られることがあります。また、非常にまれですがショックといった重篤な副作用も報告されています。造影剤の必要性と危険性をよく理解していただいたうえで安全に検査を行うために上記の質問にお答えいただき、造影剤使用に関する同意書に記入してください。

※当日までにクレアチニン検査（腎機能）を行ってください。

クレアチニン値

## 2 造影検査（CT・MRI）における造影剤使用に関する同意書

私は、今回の検査における造影剤使用に関する上記検査の方法、目的、ならびにそれにともなう危険性、副作用などについて説明を受け、その必要性につき理解しました。つきましては、検査を受けることに同意します。

水戸済生会総合病院長 殿

平成 年 月 日

患者署名

代理人署名

本人が未成年または署名できない場合ご記入してください

依頼医療機関名

医師署名

当院医師署名