

## 造影(CT・尿路・血管)検査問診票・同意書

1	造影剤検査での副作用歴はありますか？	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	造影剤副作用の時の症状と対応 <span style="font-size: 1.2em;">【</span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> <span style="font-size: 1.2em;">】</span>			
2	気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> 以前あった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	甲状腺機能亢進症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4	心不全はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5	妊娠中またはその可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
※ 上記 2・3・4・5項のいずれかが「はい」の場合、当院放射線診断科医師との検討をお願いします。				

以下は紹介元医療機関が、お答えください。

6	e-GFR値：	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	採血日	年      月      日
	※出来るだけ検査日に近い日付(最低でも3ヶ月以内)の採血データをお願いします。			
	※e-GFR値が30未満の場合、前処置や代替検査など、当院放射線診断科医師と事前相談をお願いします。			
7	上記腎機能(e-GFR値)が45未満で、かつ、ビグアナイド系糖尿病薬を服用中ですか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	前処置	<input type="checkbox"/> 検査前後 48 時間の服用停止を指示しています。 <input type="checkbox"/> 緊急検査のため、検査後のみ 48 時間の服用停止を指示しています。		
8	<input type="checkbox"/> e-GFR検査 未実施 公立藤岡総合病院で腎機能検査を希望する。			

上記各項目に対するリスク及び別紙【CT検査をお受けになる方へ】について説明を受け、検査を受けることに同意します。

年      月      日

患者氏名 \_\_\_\_\_

親族または代理人署名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

※患者本人の署名がある場合は、親族または代理人の署名は不要です。

担当看護師 \_\_\_\_\_

診療放射線技師 \_\_\_\_\_

上記各項目に対するリスクを検討した上で、今回の CT検査 を行うと判断しました。

紹介元医療機関

担当医師 \_\_\_\_\_

送信先：公立藤岡総合病院 患者支援センター

電話番号：0274-22-6039 (直通)

FAX番号：0274-24-7002 (直通)