

# 造影 CT 検査問診票および同意書

氏名 \_\_\_\_\_ 様

当院記入欄
(当院チェックでは何か)
あり ・ なし
(確認者)

★すべてにチェックをお願いいたします。

## A. CT 検査歴等の確認

下記一つでもありに該当する場合は、造影はできません。

- ・ヨード造影剤（CT・血管造影）で副作用を発症したことはありますか？ ☐：なし  
副作用とは、吐き気や動悸、頭痛、かゆみや発疹、呼吸困難、意識障害、血圧低下、ショック。
- ・過去 3 年以内に気管支喘息の治療歴はありますか？ ☐：なし
- ・未治療の甲状腺機能亢進症はありますか？ ☐：なし
- ・以下の疾患はありますか？ ☐：なし  
重篤な心疾患/肝障害、マクログロブリン血症、多発骨髄腫、テタニー、褐色細胞腫（疑いも含む）
- ・脳脊髄刺激電極装置はありますか？ ☐：なし
- ・腎機能障害はありますか？ ☐：なし

※eGFR 45 未満・急性腎不全ある方は原則造影できません。半年以内の腎機能測定値をもとにご判断ください。  
ただし、上記の方で造影が必要な場合、個別に対応致しますので、当院地域連携室までご連絡ください。  
(女性の方へ)

- ・妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ ☐：なし

## B. その他の確認

- ・ご本人またはご家族にアレルギー体質の方はいますか？ ☐：なし ☐：あり  
ありの場合、副作用発生のリスクが高まる可能性があります。ご承知おきください。
- ・ビグアナイド系経口糖尿病薬は内服していますか？ ☐：なし ☐：あり

ありの場合、検査前後 2 日間、休薬していただきます。

詳しい内容は、右側の QR コードからご確認いただけます。



## 同意書

長野市民病院長 殿

私は、造影 CT 検査につき説明を受け、理解したうえで検査の実施に同意いたします。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者本人署名 \_\_\_\_\_

親族/代理人署名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_

当院問診担当医師：

検査実施者：