

記入例

CT・X線検査の造影剤使用における
説明、問診、兼同意書

【検査の目的】

今回実施するCT・X線検査では造影剤を使用します。造影剤は、病気の状態をより正確に診断するために使うもので、治療方針を立てるのに非常に重要なものです。造影剤を使わないと情報量が少なく病気を見つけることができないこともあります。

(造影剤は、注射または点滴によって血管(静脈または動脈)内に注入して使用します。)

【偶発症・副作用】

造影剤により副作用が起こることがあります。副作用の種類は次のようなものです。万一、副作用が起きた場合は、直ちに適切な処置を行います。検査中だけでなく検査後24時間以上たつて起こることもありますので、なにか異常を感じましたら、直ちにお知らせください。(くすの木病院:0274-24-3111)

- 軽い副作用: はきけ、かゆみなど(頻度100人に1人)
過去に造影剤使用で副作用歴があった場合や
気管支喘息の治療中の方は、検査前日からの
前投薬が必要です。
ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方は検査の
前後2日間の休薬をお願いいたします。
予約時に必ずお伝え下さい。

検査日の3ヶ月以内のeGFRを記入してください。算出できない場合は、3ヶ月以内の血清クレアチニン値を記入してください。数値によっては前処置が必要になります。

- CTで造影剤を使用した検査を受けたことがありますか?
その時に副作用はありましたか?
気管支喘息(ぜんそく)はありますか?
現在治療中ですか?
薬や食物でアレルギーがありますか?
糖尿病の薬を飲んでいますか?
腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか?
3ヶ月以内のeGFR (58.2 ml/min/1.73m2: 2021年5月15日)
※または血清クレアチニン値 (mg/dl: 年 月 日)
甲状腺機能亢進症はありますか?
ベーター遮断薬を飲んでいますか?
心臓ペースメーカーを使用していますか?
現在、妊娠している可能性はありますか?
授乳中ですか?

明らかな甲状腺機能亢進症の場合、甲状腺中毒症の副作用の恐れがあります。ペースメーカーの種類によっては誤作動を引き起こす可能性があります。

【はい】の場合、どのような対処(前処置を実施や様子観察で実施など)を記入してください。

医療法人 三思会 くすの木病院 院長殿

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

患者氏名(自署) くすの木 花子

紹介元施設名 〇〇病院

代理人署名(自署) (続柄)

説明医師 印

※説明を受けた方

立会者名(自署)