◆下記の質問に〇印でお答え下さい。また、必要に応じて記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 1. 今までに飲み薬や注射薬、あるいは食べ物でアレルギー反応(じん麻疹、気分不良など)がありましたか？ | 無 ・ 有 | 薬 :かぜ薬、痛み止め<br>食べ物:魚、卵<br>その他( |
| 2. アレルギー性の病気がありますか？ | 無 ・ 有 | 喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、じん麻疹、花粉症、化粧品などのかぶれ、<br>その他( ) |
| 3. 今までに血管注射による造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？<br>(バリウムによる胃腸の透視検査は含みません。) | 無 ・ 有 | CT、MRI、血管造影、腎臓尿路造影(IVP)、胆のう造影(DIC)<br>その他( ) |
| 4. 3の質問で「有り」と答えた方に、<br>その時、副作用がありましたか？ | 無 ・ 有 | 発疹、吐き気、くしゃみ、悪寒、<br>その他重篤な副作用( )<br>それはいつ頃ですか？( ) |
| 5. 右記の疾患の既往はありますか？ | 無 ・ 有 | 腎疾患、心疾患、糖尿病、痛風、<br>甲状腺疾患、褐色細胞種、 |
| 6・下記血液検査の記録があればご記入願います。<br>□血清クレアチニン(Cr)( mg/dl ・不明) □血清尿素窒素(BUN)( mg/dl ・不明) | | |

**注意**:造影剤による副作用

1. 発疹、かゆみ、じん麻疹、くしゃみ、咳、咽頭不快感、嘔気、嘔吐、熱感など
2. 遅発性副作用(数時間後に上記の症状が出現)
3. ショック症状

## 検査における造影剤投与に関する同意書

紹介元医療機関主治医 及び 医療法人福西会 福西会病院 院長 殿

今回の造影検査について紹介元医療機関担当医師から、その必要性とそれに伴う副作用などについて十分な説明を受け、理解したので福西会病院における検査実施について同意します。

また、その検査に関連した緊急の診療行為についても、医師が必要且つ適切と判断した場合には、その診療行為を受けることに同意します。

下記の造影検査を受けることを承諾しました。

1. 造影CT検査 2. 造影MRI検査 3. 尿路造影(IVP) 4. その他( )

年 月 日

患者本人署名( )

親権者等署名( 続柄 )

紹介元医療機関医師署名( )