造 影 検 査 同 意 書

検査名 MRI：単純造影 ﾀﾞｲﾅﾐｯｸ造影
CT：単純造影 3DCTA ﾀﾞｲﾅﾐｯｸ造影

甲府脳神経外科病院 院長殿

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について充分な説明を受け、造影検査に関する説明文を読んだ上で、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性と危険性を考慮した上で、造影検査を受けることに同意いたします。
また、副作用がみられた場合には必要な処置を受けることを承諾いたします。

造 影 剤 検 査 問 診 票

1. 体重　　kg　　クレアチニン値　　mg/dl
2. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
　□なし　□あり CT 検査 MRI 検査 血管撮影 その他
3. 造影検査を受けたことのある方にお尋ねします。その時、何か副作用がありましたか？
　□なし　□あり 発疹 吐き気 動悸 その他
4. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか？
　□なし　□あり 喘息 じん麻疹 アトピー アレルギー性鼻炎
　飲み薬 注射の副作用 食物によるアレルギー
5. ご家族の方で、アレルギー性の病気やアレルギー体質などはありますか？
　□なし　□あり（　　）
6. 心臓病（心筋梗塞 不整脈 狭心症） 肝臓病 腎臓病 甲状腺 の病気がありますか？
　□なし　□あり（　　）
7. 糖尿病で服用中のお薬はありますか？（ビグアナイド系）
　□なし　□あり（　　）
8. 手術を受けたことがありますか？
　□なし　□あり（　　）
9. 妊娠している、又は妊娠している可能性がありますか？
　□なし　□あり

（自署または記名捺印）
患者様
氏名　　㊞

代理人：検査を受ける方が未成年者、意識障害のある場合
氏名　　㊞　　続柄

説明医師
氏名　　㊞　　年　　月　　日