

# ヨード系造影剤使用に関する問診票・同意書

<b>氏名</b>	<b>様</b>
生年月日：	（      ）才      性別：

医師確認欄

- |   |       |                          |
|---|-------|--------------------------|
| 1：造影剤使用歴  | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 造影剤による副作用の既往<br>頭痛・吐き気・発疹・咳・くしゃみ・息苦しさ・その他(      ) | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 2：気管支喘息の既往  | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 3：薬・食べ物でのアレルギー歴（じんましん等）                           | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 4：腎機能低下   | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 5：甲状腺機能亢進症  | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 6：妊娠又は妊娠の可能性                                      | あり・なし | <input type="checkbox"/> |
| 7：糖尿病薬服薬  | あり・なし | <input type="checkbox"/> |

※ありの場合、お薬の名前を以下から選んで下さい

- |                                   |   |                                |                                |                                |                               |                               |                                   |                               |                                |                              |                                |                              |                             |  |  |  |
|-----------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| ビグアナイド系<br>糖尿病薬                   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"><input type="checkbox"/>メグルコ</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>グリコラン</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>メテット</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>ネルピス</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>ジベトス</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"><input type="checkbox"/>メホルミン塩酸塩</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>イニシク</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>ジベトンS</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>メタ外</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>エクメット</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"><input type="checkbox"/>その他</td> <td style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>不明</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> メグルコ  | <input type="checkbox"/> グリコラン | <input type="checkbox"/> メテット  | <input type="checkbox"/> ネルピス | <input type="checkbox"/> ジベトス | <input type="checkbox"/> メホルミン塩酸塩 | <input type="checkbox"/> イニシク | <input type="checkbox"/> ジベトンS | <input type="checkbox"/> メタ外 | <input type="checkbox"/> エクメット | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 不明 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> メグルコ     | <input type="checkbox"/> グリコラン  | <input type="checkbox"/> メテット  | <input type="checkbox"/> ネルピス  | <input type="checkbox"/> ジベトス  |                               |                               |                                   |                               |                                |                              |                                |                              |                             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> メホルミン塩酸塩 | <input type="checkbox"/> イニシク   | <input type="checkbox"/> ジベトンS | <input type="checkbox"/> メタ外   | <input type="checkbox"/> エクメット |                               |                               |                                   |                               |                                |                              |                                |                              |                             |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他      | <input type="checkbox"/> 不明   |                                |                                |                                |                               |                               |                                   |                               |                                |                              |                                |                              |                             |  |  |  |

※ビグアナイド系糖尿病薬の場合、原則検査2日前から検査後2日間は服用を止めて下さい。

造影剤を使用することにより、身体内部の構造が明瞭に描出され、より正確な診断が可能になります。しかし、時に副作用(皮疹・吐き気など)が出現し、まれにショックのような重篤な合併症が出現する事があります。その際は、それに応じた処置を適宜実施いたします。

造影剤の血管外漏出により、痛み、腫れなどの副作用が生じる可能性があります。

\*造影検査およびそれに伴う合併症に関する説明を受け、検査の施行に同意します。

年      月      日

患者氏名： \_\_\_\_\_

又は代理人 氏名： \_\_\_\_\_

患者様との続柄(      )

糖尿病薬中止期間    薬剤名(      )      月    日    ~    月    日

<b>ヨード系造影剤使用可否</b>	<b>可    ・    不可</b>
--------------------	---------------------

医師署名	年    月    日
------	-------------