

# ガドリニウム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"/> |

・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( )

<b>ガドリニウム造影剤</b>	<b>造影検査可否</b>	<b>可 ・ 不可</b>
検査時の注意事項		
医師署名	年 月 日	