

## 呉羽総合病院検査説明書 及び 問診同意書 (院外用)

ふりがな 患者氏名  (男・女) 生年月日      年      月      日      (      才) 患者住所 (〒      -      )  電話番号	検査予定日      年      月      日 紹介元医療機関名
	紹介元医師名
	検査予定日      年      月      日

### 造影検査を受けられる患者様へ

**目的**

造影剤は、血管や臓器およびその周辺の構造をより明瞭に抽出するお薬です。また、病気の有無や性質、進展範囲などを正確に評価するために使用します。

**副作用について**

造影剤は、安全なお薬ですが、稀に副作用が発生することがあります。

副作用重症度	頻度(確率)	症状	対応
軽い	5%以下 (約 100 人に 5 人以下)	じんま疹、かみゆ、くしゃみ、吐き気、動悸、頭痛	1~2 日の薬の内容容・注射による治療
重い	0.1%以下 (約 1000 人に 1 人以下)	呼吸困難、血圧低下、意識障害	点滴・昇圧剤・抗アレルギー薬の治療
重篤	0.001%以下 (10 万人に 1 人以下)	死亡	

○副作用はいつ発生するか事前には知ることができません。また、前回の検査では副作用が見られなくても発生する恐れがあります。

### 造影検査のための問診

該当項目に✓を付けて下さい

造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
アレルギー <input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし	気管支喘息 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし	腎機能障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
心臓の病気 <input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし	糖尿病のお薬 <input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
妊娠・授乳の可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

**条件**

血清クレアチニン値が 2.0ml/dl の場合、造影検査は行いません  
 心疾患の患者様は血清クレアチニン値が 1.7ml/dl 以上の場合、造影検査は行いません。

**注意**

ビグアナイド系糖尿病薬は、検査前 48 時間の服用を禁止してください  
 造影剤使用検査を行った授乳中の患者様は検査終了後、48 時間 授乳をお避け下さい。

副作用による緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜処置を受けることを了承します。  
 問診票の記載には相違がありません。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

平成      年      月      日

本人ご署名

※代理人ご署名

(続柄:      )

※本人が未成年もしくは署名できない場合

〒974-8232

電話: (0246)63-2181 内線: 2132(放射線科)

福島県いわき市錦町落合 1-1

呉羽 総合病院

放射線科 直通電話: (0246)62-7065

直通 FAX: (0246)63-3200