

造影剤検査を受けられる方へ

あなたの病気の状態を明らかにするために<造影検査>が必要です。造影剤を血管（体内）に注入します、すべての医学的処置と同じように全く危険性がないとはいえません。病状・体質によってショック（0.1%未満）、血圧低下（0.1～1%未満）、めまい・頭痛（0.1～1%未満）、発疹（0.1～1%未満）、死亡（約16万人に1人：ヨード造影剤の場合）等・・・極めて稀なものといえますし、検査にあたる医師は万全の準備を整えています。

このような検査に伴う症状を起こす可能性があったとしてもはっきり診断し、治療の方針を立てるためにどうしても検査が必要であることを十分ご理解下さい。さらに詳しいことを知りたい場合には医師にご相談下さい。

安全かつ円滑に検査を受けていただくために、問診票の記載と提出をお願いします。

※過去（1年以内）に同検査をされたことの有る患者さんは必要ありません。

問診票

★ あなたの造影剤検査を予定していますが、検査を行う上での参考とするため、下記の質問についてお答え下さい。

◎ 次の病気にかかったことがありますか。 (はい・いいえ)

(はい)と答えられた方は、かかった病気に○印をつけて下さい。

- ・アトピー性皮膚炎 ・ぜんそく ・じんましん ・アレルギー性鼻炎
- ・甲状腺機能亢進症（バセドウ氏病） ・その他 ()

◎ 薬物アレルギー（飲み薬、注射薬、点滴による副作用）になったことがありますか。

(はい・いいえ)

(はい)と答えられた方は、その時の症状に○印をつけて下さい。

- ・じんましん ・かゆみ ・くしゃみ ・吐き気 ・涙 ・気分が悪くなった
- ・意識が遠くなった ・その他 ()

◎ 今までに血管、脊髄 関節などに注射(点滴)をして、レントゲン検査やCI検査を受けられたことがありますか。 (はい・いいえ)

(はい)と答えられた方は、次の質問にお答え下さい。

☆ その時に副作用がありましたか。 (はい・いいえ)

(はい)と答えられた方は、その時の症状に○印をつけて下さい。

- ・じんましん ・かゆみ ・くしゃみ ・吐き気 ・涙 ・気分が悪くなった
- ・意識が遠くなった ・その他 ()

貴院においての造影剤検査を受けるにあたり、上記説明を十分理解し承諾しました。

平成 年 月 日

医師

ID : 氏名

確認者

担当技師