

CT等ヨード造影剤検査に関する説明・問診票・同意書（患者用・医療者用）

ID	氏名	年齢	T S H R	生年月日	体重
				年 月 日	kg
検査日	年 月 日 時	糖尿病薬 休薬期間	月 日～ 月 日	eGFR値	(ml/min/1.73m ²)
▼ 造影剤についての説明 ▼				月 日	30未満造影不可
<p>◆ 造影検査は、診断する病巣をより明瞭にするためにヨード造影剤という薬を静脈・消化管・管腔に注射します。造影剤を使うとまれに副作用が起こることがあります。</p> <p>1) 軽い副作用:吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹など(30人に対して1人程度発症)。</p> <p>2) 重い副作用:呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全など(6千～9千人に対して1人程度発症)。 症状や体質によっては死亡する場合があります(10～20万人に対して1人程度発症)。</p> <p>3) 造影剤を静脈に注入したときに、体が熱くなる感じがありますが、心配ありません。</p> <p>4) 造影剤を静脈に注入する際に、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常は、時間がたてば吸収されます。</p> <p>5) 遅発性副作用:数時間から1週間までの期間に、副作用が起こることがあります。頭痛、発疹、かゆみ、吐き気、めまい、血圧低下などの症状が出る場合があります。そのような場合にはご連絡ください。</p>					
▼ 問診票 ▼					
<p>◆ 今までに造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：・CT検査 ・腎臓検査 ・血管造影 ・MRI検査 ・胆のう検査 <input type="checkbox"/> わからない</p> <p> ↳ ■ ありと答えられた方へ その時症状がでましたか？</p> <p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： じんま疹・吐き気・嘔吐・その他（ ）</p>					
<p>◆ 以下の病気を言われたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：・心臓 ・腎臓 ・甲状腺の病気 ・その他（ ） <input type="checkbox"/> わからない</p> <p> ・花粉症 ・ぜんそく ・アトピー ・アレルギー（・薬 ・食物 ・金属）</p>					
<p>◆ 心臓ペースメーカーを植込まれていますか？ 機種が分かれば教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（機種名： ） <input type="checkbox"/> わからない</p>					
<p>◆ 糖尿病のお薬を飲んでいますか？ 薬剤名が分かれば教えて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：（薬剤名： ） <input type="checkbox"/> わからない</p> <p> #薬によっては検査前後2日間、合計5日間の休薬が必要になります。</p>					
<p>◆ 現在妊娠中であるか、またはその可能性がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <p> 問診看護師（ ） 当日問診確認看護師（ ）</p>					
▼ 造影剤使用同意書 ▼					
<p>上記の説明により造影剤を使用することについて説明を受けました。</p> <p>どちらかに○をつけてください。同意された場合でも、いつでも撤回することができます。</p> <p>造影剤を使用することに ・ 同意します。 ・ 同意しません。</p> <p>記入日： 年 月 日</p> <p>患者氏名または代理人(続柄) 署名 _____</p>					
<p><input type="checkbox"/> 検査可 <input type="checkbox"/> 検査不可 年 月 日 医師署名 _____</p>					