

同意書

外来用

検査名

検査予定日

CT・MR・IVP・DIP・DICなど

年 月 日

(頭・胸部・腹部・心臓・四肢)

私は、上記検査における**造影剤使用**の説明書(別紙)を読み

医師(科、医師)に質問する機会を与えられ、了承しましたので、
検査に際し、必要に応じて造影剤の投与を受けることに同意します。

獨協医科大学日光医療センター 病院長殿

平成 年 月 日

患者氏名 _____

保護者または

代理人氏名 _____

(注) 保護者又は代理人欄は、本人が未成年者または署名ができない場合などにご記入ください。

造影検査問診表

太枠内にご記入ください。

患者氏名 _____ 様 (_____ 歳 _____ 月) (カルテ No: _____)
体重 _____ kg 身長 _____ cm

この問診表は検査をできるだけ安全確実に行うためのものです。

検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますのでご了承ください。

1. 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？

☐ なし ☐ あり CT・MR・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査

その他 ()

その時、副作用はありましたか？

☐ なし ☐ あり 発疹・吐き気

その他 ()

2. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

☐ なし ☐ あり かぶれ・じんま疹・ぜんそく

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎

のみ薬・注射の副作用

その他 ()

3. 何か、持病はありますか？あればご記入ください。

4. 過去に手術を受けたことはありますか？

手術歴 (年頃 部位)