

(紹介元)

CT検査予約票・同意書

御依頼元：医療機関名

氏名

生年月日

性別

御依頼医師名

予約日時	年	月	日	AM PM	時	分より
------	---	---	---	----------	---	-----

●造影CTの場合は同意書が必要です。
下記問診票・同意書に必要事項をご記入ください。

1. 以前にヨード造影剤で副作用の既往がある。
(具体的な症状) いいえ はい
2. 甲状腺機能亢進症(バセドー病)である。 いいえ はい
3. 気管支喘息の治療中である。 いいえ はい
4. この5年間以内に喘息の発作を起こしたことがある。 いいえ はい
5. 重篤な腎障害がある。 いいえ はい
6. 現在、糖尿病の薬(ビグアナイド系)を飲んでいる。
(薬の名前：) いいえ はい
7. 重篤な心障害がある。 いいえ はい
8. 重篤な肝障害がある。 いいえ はい
9. マクログロブリン血症である。 いいえ はい
10. 多発性骨髄腫である。 いいえ はい
11. テタニーがある。 いいえ はい
12. 褐色細胞腫及びその疑いがある。 いいえ はい
13. アレルギー体質である。 いいえ はい
14. 薬物過敏症の既往がある。 いいえ はい
15. 現在妊娠中である。(妊娠 月) いいえ はい
16. 体重をご記入下さい。(不明の場合はおよその値を記載して下さい) いいえ はい

体重 _____ kg

以下 同意書

造影CT同意書

TMGあさか医療センター 病院長 宛

検査の必要性、内容、副作用などについて医師より十分な説明を受けそれを了承しました。よって検査の実施を承諾します。なお、偶発症の発生の際には、医学的な処置を受けることも同意します。

年 月 日

患者氏名 _____ (本人・代筆者)どちらかを○で囲んで下さい

代諾者氏名 _____ 患者との続柄()

(御依頼医師記入欄) 患者様は記入しないでください

3ヶ月以内の eGFR値 _____ ml/min/1.73m² ※記入がないと造影できません。

ビグアナイド系薬剤を 内服していない 内服中であり、休薬の説明済み

※eGFRが60ml/min/1.73m²の未満の場合はビグアナイド系糖尿病用剤の服用を検査前後48時間中止することが望ましいとされています。

検査の適応判断 リスクなし リスクあり 実施にあたり御依頼医師の指示

()

御依頼医師署名 _____

【不同意と撤回】

説明を受けられた検査をお受けになるか否かは、自由意思によってお決めください。

同意されないこともできますし、一度、同意された場合でも撤回することができます。

※上記内容によっては検査が中止または、撮像方法が変更となる場合がございます。ご了承下さい。