

# 【 ヨード造影剤使用検査に関する問診票・同意書 】

《 依頼医師 記入欄 》 ●下記の質問に☑でお答えください。また必要に応じて記入ください。

問診欄	1	今までに飲み薬や注射薬、あるいは食べ物でアレルギー反応(じんましん、気分不良など)がありましたか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬 : かぜ薬、痛み止め 食べ物: 魚、卵 その他_____
	2	アレルギー性の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎 じんましん、花粉症、化粧品などのカブレ、その他_____
	3	今までに血管注射による造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ (バリウムによる胃腸検査は含みません)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有	CT、MR、腎臓尿管造影、胆のう造影 血管造影 その他(わかれば記載)_____
	4	3の質問で「あり」と答えた方に、その時副作用がありましたか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	発疹、吐き気、クシャミ その他_____ いつ頃ですか？_____
	5	右の疾患の既往がありますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	腎疾患、心疾患、糖尿病、痛風、甲状腺疾患、褐色細胞腫
	6	糖尿病の薬を飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬品名:

《 注意事項 》

- (1) ビグアナイド系糖尿病薬は造影検査前後48時間服用を中止して下さい。
- (2) ヨード造影剤による副作用は以下のようなものがあります。
  - 1、発疹、かゆみ、蕁麻疹、クシャミ、咳、咽頭不快感、嘔気、嘔吐、熱感など
  - 2、遅発性副作用 (数時間から数日後上記の症状が出現)    3、ショック症状    4、血管外漏出

年    月    日                      患者署名

---

福岡大学筑紫病院  
地域医療支援センター