造影剤検査の説明・問診表

（院外用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

今回実施する検査（　CT・MRI　）は造影剤を使用します。
造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変がはっきりして、病変の性質についての詳しい情報を得ることができ、正確な診断に役立ちます。

造影剤は注射で血管内に注入します。この時、少し熱いと感じるとこがありますが、一時的なもので心配はいりません。ただ、まれにこの造影剤の副作用として、吐き気、嘔吐、くしゃみ、じんましんなど、また、体質によって（CT 造影剤で 2500 人に 1 人、MRI 造影剤で 5 万人に 1 人ぐらい）呼吸困難、血圧低下、全身のむくみなどの重篤な過敏反応が起こることがあります。

もちろん、副作用が発生した場合は、すぐ対応できるように準備は整えていますが、これらの副作用を予知し、安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください。

1.今まで造影剤（注射）を用いて検査をしたことがありますか？
　□ なし　　□ あり
　① 何の検査ですか？（ＣＴ、ＭＲＩ、腎臓尿管造影、胆のう造影、血管造影（カテーテル）、その他）
　② どこで、いつ頃ですか？（　　）
　③ 検査中、検査後に何らかの症状がありましたか？
　　□ なし　　□ あり（吐き気、嘔吐、くしゃみ、咳、じんましん、呼吸困難、血圧低下、その他）
　④ それに対し、特別な処置を受けましたか？
　　□ なし　　□ あり（　　）
2.飲み物や注射、食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
　□ なし　　□ あり（　　）
3.喘息やじんましん、アトピー性皮膚炎、その他のアレルギー性の病気がありますか？
　□ なし　　□ あり（喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、その他　　）
4.現在、心臓病や腎臓病、甲状腺の病気がありますか？
　□ なし　　□ あり（心臓【　　】、腎臓【　　】、甲状腺【　　】）
5.現在、妊娠の可能性がありますか？
　□ なし　　□ あり

年　　月　　日
上記の質問について、回答しました。

ご本人氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿又は　代理人氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(続柄　　)

紹介元医療機関　　医師名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

太田川病院確認医師名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊検査当日には必ずこの用紙をご持参ください。
＊検査のあと、またはご自宅に帰られた後に副作用と思われる症状や、何か異常が現れた場合には当院へ連絡して下さい。
＊なお、わからないことがありましたら遠慮なくお問い合わせください。

太田川病院　　TEL　082-220-0221

（2025.01.01）