

CT 検査問診票・同意書

氏名

様

検査日 平成 年 月 日
検査時刻 時 分

造影 CT 検査問診票

これまでに CT 用造影剤での副作用経験はありますか.....いいえ はい
アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質ですか.....いいえ はい
 気管支ぜんそく 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 薬物アレルギー 食物アレルギー その他 ()
ご家族に、アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質の方がいますか.....いいえ はい
腎臓に病気がありますか.....いいえ はい
(糖尿病の方のみ)以下の薬を服用中ですか.....いいえ はい
メトグルコ メトホルミン メタクト ジベトス ジベトン S
メデット グリコラン メルビン ネルビス メトリオン
(女性のみ)妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか.....いいえ はい
(女性のみ)現在、授乳中ですか.....いいえ はい
現在の体重: _____ kg

造影 CT 検査同意書

平成 年 月 日

CT 造影剤検査説明書をもとに下記について説明いたしました。

1. 造影剤使用目的について
2. 造影剤の副作用について
3. 副作用が起こった場合の対応について

説明者 _____

平成 年 月 日

熊本総合病院長殿

上記の説明内容を承諾し、造影 CT 検査を受けることに同意します。

本人署名 _____

代理人署名 _____ 続柄()

* 同意書にご署名いただいた後に、同意を撤回されても構いません。