

造影 CT 検査の間診票 (同意書)

1. 今までに造影剤 (注射・点滴) を用いた検査を受けた事がありますか？

ない ある

あると答えられた方へ：その時に副作用はありましたか？

ない ある ⇒ くしゃみ 吐き気 嘔吐 かゆみ 発疹

その他 ()

2. 今までに喘息 (ぜんそく) といわれたことがありますか？

ない ある

3. 今までに腎臓が悪いといわれたことがありますか？

ない ある

4. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

いない いる ⇒ お薬のお名前をお書きください ()

※お薬のお名前がわからない場合は、検査当日に『お薬手帳』をお持ち下さい

造影 CT 検査同意書

社会医療法人明和会 中通総合病院 院長殿

私は造影 CT 検査の必要性と副作用の可能性について説明を受け理解できました
造影 CT 検査を受けることに同意します

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名 _____ (印)

親族または代理人 署名 _____ (印) (続柄 _____)

住所 _____

造影 CT 検査の必要性や副作用に関して説明を行いました

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医療機関 _____ 説明医師 _____ (印)