

CT用 検査同意書 ならびに 造影剤使用同意書

依頼医師チェック

X線を利用した検査で被曝することになります。が了承します	はい	いいえ
女性であれば妊娠の有無を確認下さい：妊娠中ではない	はい	いいえ
小児のX線検査ですが了承します	はい	いいえ

ペースメーカー（メドトロニック社製 InSync8040）使用中の方は、当該部位のCT検査ができませんが、上記機種をしようしていない（ペースメーカー手帳で確認してください）	はい	いいえ
--	----	-----

いいえの場合CT検査は施行できません

造影剤使用により副作用（有害事象）が起こることがあります
下記にチェックして下さい

依頼医師チェック

ヨード造影剤（バリウム以外のX線造影）使用歴がある	はい	いいえ
上記による副作用歴がある	いいえ	はい
アレルギー歴がある	いいえ	はい
花粉症・薬剤アレルギー・食物アレルギー （具体的に		）
循環器薬として ブロッカーを服用している	いいえ	はい
腎機能障害がある	いいえ	はい
最近の血清クレアチニン値を記入ください 施設規準で異常値のかたには造影検査は施行できません		

その他、一般的造影剤使用規準を満たさない事項がある	いいえ	はい
---------------------------	-----	----

右項目のはいにチェックの場合
病病・病診連携での造影検査は
おすすめできません

今回のX線CT検査、造影剤有害事象を理解したうえで、造影検査に同意します。

患者様署名_____

依頼施設医師署名_____

立会看護師署名_____

当施設医師署名_____