

氏名

生年月日

年 月 日

性別 ( )

## 造影検査問診票

(カルテ控え)

体重

kg.

Cr.

mg / dl

1. 今までに造影剤 ( 検査の時に静脈注射で使用する薬。胃や大腸のバリウムは除く ) を用いた検査を受けたことはありますか？  
 なし  
 あり : CT、MRI、腎尿路検査、血管撮影検査、胆嚢検査、他 ( )  
\* 上で「あり」と答えた方にお聞きます。その時、何か副作用がありましたか？  
 なし  
 あり : 発疹、嘔吐、その他 ( )
2. ぜん息と診断されて 治療を受けたことはありますか？ ( 小児期も含んで )  
 なし  
 あり
3. アレルギー 性の病気、アレルギー体質はありますか？  
 なし  
 あり : じんま疹、アトピー、アレルギー性鼻炎  
薬や注射の副作用 ( )  
食べ物のアレルギー ( )
4. 腎臓、心臓、甲状腺の機能が悪いと言われたことはありますか？  
また その他の病気はありますか？  
 なし  
 あり : 具体的な病名 ( )
5. 女性の方にお聞きます。現在妊娠の可能性はありますか？  
 なし  
 あり  
 わからない : 最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 )
6. 女性の方にお聞きます。現在授乳中ですか？  
 いいえ  
 はい

平成

年

月

日

問診医師

上記の質問内容を もう一度御確認していただき 誤りがなければ 下記にご署名をお願いいたします。  
( 代理人の方は問柄もお願いいたします。 ) 本人の署名がある場合、代理人の署名は不要です。

年

月

日

患者様ご署名

年

月

日

代理人ご署名

( 問柄 )

造影剤名

使用量

ml

備考

氏名

(カルテ控え)

生年月日

年 月 日

性別 ( )

## 造影検査の説明・同意書

年 月 日に予定されている  CT 検査  IVP 検査  MRI 検査  
(他 ) には造影剤を使用する事があります。造影剤にも副作用があります  
ので その内容と造影検査の必要性についてご説明致します。

### 1. 副作用

軽い副作用 ( 頻度は 100人に3~5人以下 )

吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、じんま疹、発疹、手足のむくみ、発熱、咳、等で多くの場合は治療  
を必要とせず 回復します。

重い副作用 ( 頻度は 1万人に3~4人以下 )

呼吸困難、痙攣、不整脈、腎不全、意識消失、等で多くは治療が必要で 場合によっては入院を  
要することもあります。死亡例の報告もありますが 頻度は 20万人に1人とごくまれです。

### 2. 副作用の予知と対策

現在の医学では、副作用が起きるかどうかが事前に調べる方法は確立していません。

万が一 副作用の現れた場合にも すぐに対処できるように準備を整えています。

多くの副作用は投与直後に現れますが 数時間~数日後に現れることもあります。

### 3. 遅延性副作用の対応

造影剤による副作用は多くのものは投与直後に現れますが 中には数時間~数日後に症状が  
現れる遅延性過敏反応があります。

一般的に症状は軽いものが多く 発疹などの皮膚症状が大部分ですが ごくまれに重い症状が  
現れることがあります。症状が現れた場合には 必ず主治医までご連絡ください。

### 4. 造影剤使用の必要性

上述した副作用を考慮しても造影検査が必要となるのは 造影剤によって病変の存在や性状等  
がより詳しく抽出され 診断や治療方針を決定する上で とても役立つ情報となるからです。

\* 検査の内容によっては 造影剤を使用しないで検査が終わることもあります。

\* ご署名された後でも 造影検査を拒否されてもかまいません。

以上の内容を御理解いただいたうえで 造影検査にご同意いただけましたら下記にご署名を  
お願いいたします。(代理人の方は間柄もお願いいたします。)

本人の署名がある場合、代理人の署名は不要です。

平成 年 月 日 問診医師

新横浜リハビリテーション病院 院長殿

私は造影検査の目的として副作用について十分な説明を受け その必要性と危険性を理解した  
上で 造影検査を受けることに同意しました。

年 月 日 患者様ご署名

年 月 日 代理人ご署名

(間柄)

# 検査予約手順

電話予約窓口：新横浜リハビリテーション病院  
045 - 474 - 5511

- 単純CT** 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
CT撮影部位、CT結果を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
食事：頭部 普通食  
胸部 普通食  
腹部 AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)  
1枚目に をお願いします。  
蓄尿：骨盤腔を含む場合は検査2時間前より蓄尿もお願い致します。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にいお越し下さるようお願い致します。
- 造影CT** 上記、単純CTの書類に加え、「造影検査の説明・同意書」「造影検査問診票」をご記入のうえお持ち下さるようお願い致します。  
食事：全ての部位にて、AM検査は朝食禁、PM検査は昼食禁(少量の水・お茶は30分前までOK)  
1枚目に をお願いします。  
尚、副作用軽減のため検査2時間前に必ずコップ1杯分(200ml以上)の水分を摂取して下さい。
- エコー**  
(腹部) 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
(心臓) エコー部位を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
(体表) 患者様に各種「エコー説明書」をお渡し頂き、説明をお願い致します。  
(頸動脈) 検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「エコー説明書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にいお越し下さるようお願い致します。
- 上部内視鏡**  
(経鼻) 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
(経口) 内視鏡の方法を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」にて説明をして頂き、「問診票・同意書」にご記入下さい。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「経鼻」又は「上部消化管内視鏡を受けられる患者様へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にいお越し下さるようお願い致します。
- 胃透視** 検査予約票(2枚つづり)に、検査日時、患者様氏名、生年月日、性別、年齢、貴院名、先生のお名前を2枚全部にお書き下さい。  
胃透視を選んで頂き「臨床診断」「既往歴、及び現状」「検査目的、及び希望」を2枚目にお書き下さい。なお、2枚目をコピーして頂き、控えとして保管して下さい。  
「胃透視検査を受けられる方へ」「胃透視検査のご案内」にて説明をして頂き「問診票・同意書」にご記入下さい。  
検査当日、患者様には、検査予約票(1枚目と2枚目)・健康保険証・診察券(当院の診察券をお持ちの方)、「胃透視検査を受けられる方へ」、「問診票・同意書」及び「紹介状」をご持参の上、正面受付にいお越し下さるようお願い致します。

【検査予約時間】

単純CT	月～金	AM 9:00～12:30	PM 14:00～15:45	内視鏡	月・火・木	AM 9:00～12:30
	土	AM 9:00～11:45			土	AM 9:00～11:45
造影CT	月～金	AM 9:00～12:30		胃透視	月～金	AM 9:00～12:30
	土	AM 9:00～11:45			月・金の	11:00以降は不可です。
エコー	月・火・金	AM 9:00～12:30	PM 14:00～15:45		土	AM 9:00～11:45
	土	AM 9:00～11:45				