

＝ ヨード造影剤使用のチェックリスト・同意書 ＝

※造影CTの場合、検査前にクレアチニン値を測定し、点線より下の部分もご記入ください

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
造影検査予定 (CT、尿路造影、その他 _____) : H _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前 / 午後 _____ 時 _____ 分

<<問診およびチェックリスト>>

1. 今までにヨード造影剤(注射)を用いた検査をしたことがありますか? ない ある
(「ある」の場合:CT、尿路造影、血管造影、その他 _____)
2. そのとき副作用がありましたか?(熱感を除く) ない ある
(「ある」の場合:症状を詳しく _____)
3. 重篤な甲状腺疾患がありますか? ない ある
4. 気管支喘息といわれたことがありますか? ない ある
5. 重篤な腎障害(無尿など)がありますか? ない ある
6. 脱水症状など一般状態が極度に悪いですか? ない ある
7. 重篤な心臓病や膵炎・肝障害がありますか? ない ある
8. 食べ物や薬品でアレルギーがおこったことがありますか? ない ある
(「ある」の場合:その品名と症状を詳しく _____)
9. 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方はお薬の名前を記入してください。
以下に該当薬剤があれば○ なければお薬名を記入してください。

[グリコラン・ネルビス・メデット・メリオン・トホルミン塩酸塩・メルビン・ジベトスB・ジベトスS・
塩酸ブホルミン・その他(_____)]

※ヨード剤検査の場合: ビグアナイド系糖尿病薬は検査前 48 時間・検査後 48 時間内服を中止する
〔乳酸アシドーシス発現のリスク〕

<<説明書(ヨード造影剤使用の必要性和副作用)>>

1. あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるためにヨード造影剤という検査薬を使用した検査がぜひ必要です。
2. ヨード造影剤は安全な薬ですが体調や体質によって検査中および検査後数日の間に一時的な副作用の症状(熱感、吐き気、おう吐、蕁麻疹など)の出ることがあります(100 人に数人)
3. まれに症状により処置が必要なことや、呼吸困難、ショックなどの緊急処置の必要な症状の出る場合もあります(1万人に数人)。そのため担当医は常に万全の対応を整えていますのでご安心ください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医署名 _____

<<ヨード造影剤使用同意書>>

協立病院 病院長 殿

私は、造影剤使用の必要性和副作用などについて説明を受け、十分理解しましたので
ヨード造影剤使用検査に同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者(または代理人) _____

CTの方のみ記入 年齢(_____ 歳) GFR(_____) 該当枠に☑!

☆年齢・・・ 85歳以上 84歳以下 ☆GFR・・・ 0~29 30~59 60~
× ×

※原則として 85 歳以上またはGFR29 以下の方に対し、造影CT検査は行いません。
ただし例外として主治医の判断により主治医の立会いのもとで実施する場合があります。