

CT造影検査同意書

社会医療法人 恵佑会第2病院
病院長 殿

私は、この度、血管内に造影剤を注入して行われる放射線検査を受けるに際して、CT検査および造影剤使用の必要性とその副作用、副作用が生じた場合の対応、および処置の内容に関して担当医より文章ならびに口頭で詳細な説明を受けました。

恵佑会第2病院で使用している造影剤は『非イオン性尿路・血管造影剤』です

【造影禁忌】

有 無

- ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴
- 重篤な甲状腺疾患
- 一般状態の極度の不良
- 気管支喘息(最終発作 年 月)
治療 (有 ・ 無)
- 重篤な腎障害(無尿など)
- 重篤な肝障害
- 重篤な心障害
- 褐色細胞腫、又は疑い
- マクログロブリン血症
- テタニー
- 糖尿病(薬の名前:)
- 急性膵炎

※必ず有・無どちらかにチェックをお願いいたします。

西暦	年	月	日
患者様氏名	_____ 印		
又は、親権者名	_____ 印		
続柄	_____		

西暦	年	月	日
担当医師名	_____ 印		
依頼施設名	_____		

※ この用紙は貴院控えとしてご使用ください。
申込用紙と一緒に必ずFAXをして頂きます様宜しくをお願いいたします。