〈 地域連携用 〉

造影 CT 検査前チェック票・同意書 松山まどんな病院

- ・医師、看護師の方へ) 問診者名を記入し、以下 1~9 のチェックをお願いいたします。
- ・患者さまへ) 同意書部分の記入をお願いたします。

	問診者名			検査予定日:	年	月	日
1.	造影剤使用歴	□無	□有	検査:□CT □MRI [□DIP □血管	造影	
				□その他()	
	副作用	□無	□有	症状:□発熱・かゆみ	□くしゃみ・雰	亥 □嘔吐	
				□呼吸困難 □血	L圧低下 □胸症	Á	
				□その他()	
2.	喘息壓	□無	□有	最終発作:()	
	現在の喘息治療			治療内容:()	
3.	アレルギー歴	□無	□有	□アトピー □花粉症・	鼻炎 □薬 □	〕食べ物	
				□じんましん・皮膚炎			
				□その他 ()	詳細:()	
	右記の罹患歴	□無	□有	□甲状腺機能亢進症 □]心臟病 ()	
				□マクログロブリン血症	三□骨髄腫 □]テタニー	
				□褐色細胞腫			
4.	糖尿病	□無	□有				
5.	糖尿病治療薬の服用	用					
		□無	□有	薬剤名:()	
6.	βブロッカー服用	□無	□有	薬剤名:()	
7.	妊娠	□無	□妊娠	長中 □授乳中			
8.	腎機能障害	□無	□有	□透析中			
	クレアチニン値			mg/dl)またはeGFR	()	~	
9.	体重 (造影剤使用量	量を決る	めるため	かの数値です。)	kg	Ĭ.	
■協え	亍後判定		全性	□陽性			
				<u>) </u>	施行者()	
<u>11 H□ =</u>	f'A (/_	NETT /	<i></i>	
_			-<患者	脊様へ 以下のご記入をお	ぶ願いします>-		
			X	造影剤を用いる検査に関す	うる同意書		
cı	[- الماسط الم				. 3- 2- 2	
	上記に関して、造駅 利を使うことに同意い			月性と危険性についての説	己明を受け理解し	ンま した。	
記入日	日: 年 月	日					
				患者様氏名:			
				保護者または代理人	名:		続柄:
				*本人が未成年の場合は、	代理人が記入し	てください。	