

CT 検査を受ける患者様へ（同意書）

<CT 検査について>

この検査は、X 線を利用して体の中の画像としてみるものです。ヨード過敏症の方は造影検査を受けることはできません。

1. 下記の病気にあてはまるもの全てに印をつけてください。

- 気管支喘息 褐色細胞腫 多発性骨髄腫 マクログロブリン血症 テタニー
 甲状腺疾患 腎臓病 心臓病 肝不全

2. 以前にヨード造影剤（CT・血管、尿路造影など）で副作用が起きたことがありますか？

- はい （1）嘔気・嘔吐、蕁麻疹、掻痒感、冷汗、意識消失（一過性）、顔面浮腫、喉頭浮腫
気管支痙攣、低血圧ショック、肺水種、呼吸停止、心停止
（2）その他の症状（ ）

いいえ

3. 糖尿病治療薬を飲んでいる方は薬品名を記載して下さい。なお、お薬手帳は検査当日必ずお持ち下さい。

薬品名（ ）

4. 女性のみお答えください

- 現在、妊娠していますか いいえ はい わからない
現在、授乳中ですか いいえ はい

説明日 令和 年 月 日

説明医師 _____

ヨード造影剤同意書

塩釜市立病院長 殿

私は造影剤について説明を受け納得しましたので、令和 年 月 日 ヨード造影検査を受けることに

同意します。 同意しません。

（同意した場合でもいつでも撤回できます。）

署名記載日令和 年 月 日 患者様または代理人（続柄 ）（ご署名）

→必須。患者様の署名をお願い致します。