

C T 造影検査を受けられる患者さんへ

年 月 日 C T 検査実施

AM
PM 時 分

外来	救外	内 外	婦 脳	泌 眼	小 耳	整 口外	SC	JC	HC
病棟	西 2	ICU	西 3	西 4	西 5	西 6	東 1	東 3	
保険種別	健 保 国 保 退 保	本 家 本 家 本 家	生 自 自 労	保 費 災 災					
登録番号									
氏 名 (カタカナ)									
生年月日					性別	年齢			
依頼医					提出日				
					年 月 日				

造影剤の使用目的

今回実施する C T 検査では、造影剤を使用します。造影剤を使用することにより、新たな病変の有無、病変の性質について詳しい情報を得ることができます。

造影剤使用方法

造影剤は静脈に注射して体内に注入します。造影剤を注入する際に熱感を伴うことがあります。一時的なものなので心配ありません。

副作用

この製剤は、国の承認を受けた薬剤ですが、人によっては軽い副作用（かゆみ、発疹、じんましん、吐き気など）がみられたり、ごく稀にショック症状などが起こったり、検査終了後、数時間から数日後に副作用が出る場合があります。

このような副作用を防止、軽減するために、当院ではあらかじめ問診を行い、検査を実施しております。

外来
病棟
保険種別
登録番号

救外	内	外	婦	脳	泌	眼	小	耳	整	口外	SC	JC	HC
西2	ICU	西3	西4	西5	西6	東1	東3						
健本	保家	国本	保家	退本	保家	生保	自費	自災	労災				

氏名
(カタカナ)
生年月日
依頼医

性別
年齢
提出日
年 月 日

年 月 日 C T 検査実施

AM
PM 時 分

西新井病院

C T 造影検査同意書

C T 造影検査問診票

・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有 CT・カテ・アンギオ・IVP・他()
上記で有の場合、前回検査時の副作用
☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他()

・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有

・アレルギー性の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()

・腎機能 検査日 年 月 日 BUN ()
クレアチニン ()

・体 重 () kg

・感染症 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

・検査後指示 ☐ 無 ☐ 有 ()

C T 造影検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、C T 検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。

同 意 日：平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確 認 日：平成 年 月 日

所属 科 医師署名

外来	救外	内	外	婦	脳	泌	眼	小	耳	整	口外	SC	JC	HC
病棟	西2	ICU	西3	西4	西5	西6	東1	東3						
保険種別	健 本	保 家	国 本	保 家	退 本	保 家	生 保	自 費	自 災	労 災				
登録番号														
氏名 (カタカナ)														
生年月日					性別					年齢				
依頼医					提出日					年	月	日		

C T No.

年 月 日 C T 検査実施
AM
PM 時 分

西新井病院

C T 造影検査同意書

C T 造影検査問診票

- ・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有 CT・カテ・アンギオ・IVP・他()
上記で有の場合、前回検査時の副作用
☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他()
- ・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有
- ・アレルギー性の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- ・腎機能 検査日 年 月 日 BUN()
クレアチニン()
- ・体重 () kg
- ・感染症 ☐ 無 ☐ 有() ☐ 不明
- ・検査後指示 ☐ 無 ☐ 有()

C T 造影検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、C T 検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

所属 科 医師署名

外来	救外	内	外	婦	脳	泌	眼	小	耳	整	口外	SC	JC	HC
病棟	西2	ICU	西3	西4	西5	西6	東1	東3						
保険種別	健	保	国	保	退	保	生	自	自	労				
	本	家	本	家	本	家	保	費	災	災				
登録番号														

氏名 (カタカナ)																
生年月日							性別							年齢		
依頼医							提出日							年	月	日

年	月	日	CT検査実施
	AM		
	PM	時	分

西新井病院

CT造影検査同意書

CT造影検査問診票

- ・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有 CT・カテ・アンギオ・IVP・他()
上記で有の場合、前回検査時の副作用
☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他()
- ・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有
- ・アレルギー性の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- ・腎機能 検査日 年 月 日 BUN()
クレアチニン()
- ・体重 () kg
- ・感染症 ☐ 無 ☐ 有() ☐ 不明
- ・検査後指示 ☐ 無 ☐ 有()

CT造影検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、CT検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。

同意日：平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

所属 科 医師署名