検査予約日 年	月	日	∃-	ド造影剤【検査	至名:]
				説明	書・	司意書	┋╸╏	問診票
氏 名			様		_	各生会江津 網		
生年月日 年	月	日	歳	〒695-	8505		江津町	1016-37
	, ,				電話	(0855) 54	-0101	
【説明書、同意書】								
CTや尿路造影など								効果を発揮
する場合があります。								1%以下)
①麻疹・かゆみ・発疹 ③嘔気・嘔吐など	ジ・		0. 8%) 0. 7%)	(4)注射箇所の		<i>、</i> ヤみなこ		7%)
● ただしアレルギー						 ります。	(1.	170)
● 極まれに重症のア						· -	ずるとし	した報告
があります。(0.			,		3 13 11	0.2, =		0 / C N H
● 検査中になんらか	の異常を自	覚されました	たら、医的	市・看護師・技	師に教え	てください	。迅速和	な処置が
行なえるように準	備しており	ますのでごを	史心くだる	さい。				
● 同日夕方または後			が出現する	る場合がありま	す。詳し	くは検査後	、別紙を	をお渡し
いたしますのでご	一読くださ	い。						
造影検査問診票にお答	答え下さい。	。わからない	点は担当	者がご説明いた	こします。			
※問診の結果によって	ては造影検	査ができない	場合がご	ざいます。				
年	月	日 医節	下署名					
 私は上記のものか		• •		¥症について納	得1. ま1.	たので浩影	. 給杏 <i>に</i> [司音
いたします。	· D [][[] C X		文 II C II I J J		NUAU	/こり (道宗/	MX H VC II	-J/6x
年 月	日ご	゛本人またり	は代理ノ	\ 署名				
年 月	日ご	`本人またし	は代理力	【署名			20	02511v1
【造影検査問診票】	日 ご □無			世影 □その他	(20	02511v1
	□無□有→	□CT □IVP			(20	02511v1
【造影検査問診票】	□無 □有→ □無	□CT □IVP (使用薬剤(□血管ù)年(告影 □その他)月			20))
【造影検査問診票】	□無□有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう	□血管注)年(痺 □膨料	造影 □その他)月	·	引吐・悪心	20))
【 造影検査問診票 】 既往の造影検査	□無 □有→ □無	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう	□血管i) 年(痺 □膨; ック □l	告影 □その他)月	` ≧疹 □喔 D他(20))))
【 造影検査問診票 】 既往の造影検査	□無 □有→ □無	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう □ショ (□血管対)年(痺 □膨り ック □()年(造影 □その他)月	` ≧疹 □喔 D他(20))))
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう □ショ (□気管支喘息 □薬剤アレル	□血管式)年(痺 □膨り ック □()年(□アト(ギー→薬料	造影 □その他)月	` ≧疹 □喔 D他(20))))
【 造影検査問診票 】 既往の造影検査	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤 (症状 □そう □ショ (□気管支喘息 □薬剤アレル □食物アレル	□血管注)年(痺 □膨り ック □()年(ロアト ギー→薬物	造影 □その他)月	` ≧疹 □喔 D他(20)
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤 (症状 □そう □ショ (□気管支喘息 □薬剤アレル □食物アレル □膨疹 □そ	□血管注)年(痺 □膨り ック □□)年(□アトロジャギー→薬物 ・ギー→食物のの発別	世影 □その他	· 予他(元 □他院))	())))))
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう □気管支喘息 □薬剤アレル □態疹 □そ クレアチニン	□血管式)年(痺 □膨り ッ 年 (□ □ 下 薬物 ボー → 食物 値 (造影 □その他)月	・ 予 予 で で で で で で で で で で の 他 に の 他 に の 他 に の 他 に の 他 に の に の に の に の に の に の の の の の の の の の の の の の	((〔 〔 〔 2. 0以上は原))))))
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そう □気管支喘息 □薬剤アレル □態疹 □そ クレアチニン	□血管注)年(痺 □膨料 ック □ □ ・ギー→食料 の発料 値(造影 □その他	・ 予 予 で で で で で で で で で で の 他 に の 他 に の 他 に の 他 に の 他 に の に の に の に の に の に の の の の の の の の の の の の の	((〔 〔 〔 2. 0以上は原))))))
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □そうョ □気ででででででです。 □気でででででです。 □気ででででするです。 □気ででするでするです。 □気であるでするです。 □気であるでするです。 □ できるでするです。 □ できるできるできるできます。 □ できるできるできるできる。 □ できるできるできるできる。 □ できるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできる。 □ できるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるで	□血管式)年(痺 □膨ッ)年(○ ロー→ ・ギー→ ・ギー→の発が 値((ビグア・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	世影 □その他)月 「	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】既往の造影検査造影剤の副作用アレルギー歴腎機能低下の有無	□無 □有→ □無 □有→ □無 □有→	□CT □IVP (使用薬剤(症状 □ 気	□血管式 回車(車 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	造影 □その他)月	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】 既往の造影検査 造影剤の副作用	□無 □有→ □無 □有 → □無 □無 □無 □無	□CT □IVP (使用薬剤 (う) 症状 □気薬剤 (う) □気薬剤物を □に です。 □がまれる。 □がまれる。 □がまれる。 では、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 に	□血管式 □血管式 車 (世影 □その他	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】既往の造影検査造影剤の副作用アレルギー歴腎機能低下の有無	□無 □有→ □無 □有 → □無 □無 □無 □無	□CT □IVP (使用薬剤(うョ □ □ (支 戸 下 □ □)	□ 年 (告影 □その他)月	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】既往の造影検査造影剤の副作用アレルギー歴腎機能低下の有無	□無 □無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有	□CT □IVP (使用薬剤(う) ・	□年	告影 □その他)月	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】既往の造影検査造影剤の副作用アレルギー歴腎機能低下の有無	□無 □有無 □有無 □有 無有 □無有 □無有 □無有 □無 □無 □無	□CT □IVP (使用薬剤(うョ □ □ (支 戸 下 □ □)	□年	告影 □その他)月	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
【造影検査問診票】既往の造影検査造影剤の副作用アレルギー歴腎機能低下の有無	□無 □有無 □有無 □ 無有 □無有 □無有 □無有 □無 □無	□CT □IVP (使用薬剤(う) = □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□年	告影 □その他)月	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
造影検査問診票	□無 □有無 □有無 □ 無有 □無有 □無有 □無有 □無 □無	□CT) 痺ッ) ギギの値 (シ だイ間) 疾(血(□ (下薬食乳	造影 □ その他) 月 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
造影検査問診票	□無有 □無有 □無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有 無有	□CT) 痺ッ) ギギの値 (シ だイ間) 疾(血(□ (下薬食乳	造影 □ その他) 月 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)
造影検査問診票	□無 □有無 □有無 □ 無有 □無有 □無有 □無有 □無 □無	□CT) 痺ッ) ギギの値 (シ だイ間) 疾(血(□ (下薬食乳	造影 □ その他) 月 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	((〔2.0以上は原 は造影禁忌 〕の併用につ	則禁忌)