

造影PET/CT検査の問診票・同意書

◎造影検査は、造影剤を静脈内に注入します。これにより、血管の状態や、血液の流れ、病巣部の鮮明な画像などを描出することができ、画像の診断能の向上につながります。

◎造影剤は安全性の高いお薬ですが、稀に、次のような副作用を生じることがあります。

【軽度】 吐き気や嘔吐、発疹、じんま疹、かゆみ、頭痛

【重度】 血圧低下、呼吸困難、意識消失

◎副作用の発生率は100人に3人程度ですが、重度の副作用発生率は1万～10万人に4人程度と報告されています。

◎副作用は、造影剤を使用した直後から症状の出る場合が大半ですが、1時間～1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります。異常が出た時は、速やかに医療機関を受診してください。

◎以下の事項を確認してください。

◎問診票を確認した上で、検査担当医の判断で、造影検査を取りやめる場合もございますのでご了承ください。

①今までに造影検査を受けられたことはありますか？ (CT・MRI・尿路造影・血管造影・その他：)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②造影剤の副作用はありましたか？ 『はい』の場合、どのような副作用でしたか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③今までに小児喘息、気管支喘息、咳喘息と診断されたことはありますか？ あるいはアレルギーにより喘息様の症状が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 造影不可
④以下の病気を指摘されたことはありますか？ 『はい』の場合、当てはまるものに○を付けて下さい 重い肝臓の病気 重い心臓の病気 マクログロブリン血症 多発性骨髄腫 テタニー 褐色細胞腫	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 造影不可
⑤今までに甲状腺機能亢進症を指摘されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 造影不可
⑥今までに腎臓の機能が悪いと診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦3ヶ月以内に測定した血清クレアチニン値をご記入ください 採血日： 年 月 日 mg/dl	
⑧今までにじんましんが出た事がありますか？ ※当日症状が認められる場合は造影剤の使用をお断りすることがございます。ご了承ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨今までにアトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか？ ※当日症状が認められる場合、程度によって造影剤の使用をお断りすることがございます。ご了承ください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩糖尿病の薬を飲んでいますか？ 『はい』の場合、その薬剤名を記入してください ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

◎ヨード造影剤との併用注意 ヨード造影剤と以下の薬剤を併用する事により副作用が増幅する可能性があります。下記の薬剤を服用している場合は検査後48時間服用を中止して下さい。

ビグアナイド系糖尿病薬 商品名 メトグルコ、メトホルミン、グリコラン、イニシンク、メタクト、エクメット、シベトス、シベトンS、メアナ 等

＜同意書＞

私は、造影検査を受けるにあたり、検査の必要性や副作用などの危険性について了解の上、検査を受けることに同意します。

年 月 日 ※ご署名

代理人のご署名

(続柄)

問診の結果、造影剤使用可能と考え、検査依頼いたします。

※依頼医師署名

◎問診事項・同意書署名欄(※)ご記入後、PET/CT検査依頼書と、この問診票を
06-6451-1234あてにFAXをお願いします