

造影剤使用のチェックリスト・同意書（外部用）

造影検査予定

患者名 年 月 日（CT、MRI、他）

生年月日 年 月 日（CT、MRI、他）

【問診及び主治医によるチェックリスト】

○クレアチニン値（ （もしくはeGFR）	（ ）mg/dl （ ）mL/min/1.73m ²	*検査日の3ヶ月以内の値 測定日 年 月 日
-------------------------	--	---------------------------

*透析中、eGFR30mL/min/1.73m²以下の場合、NSF（腎性全身性繊維症）の発症のリスクが高くガドリニウム造影剤の使用は禁忌です。

- 1、今までに造影剤を使用した検査をしたことがありますか？ ☐いいえ ☐はい ☐不明
（「ある」の場合：CT、MRI、血管造影、DIP、その他）

〈禁忌項目〉

- 2、その時、副作用はありましたか？（熱感を除く） ☐いいえ ☐はい ☐不明
「はい」の場合：その症状を詳しく（
：薬品名（

- 3、（重篤な甲状腺疾患・ヨード過敏症・Gd造影剤過敏症）がありますか？ ☐いいえ ☐はい ☐不明

〈原則禁忌項目〉

- 4、気管支喘息（小児喘息を含む）と言われた事がありますか？ ☐いいえ ☐はい
「はい」の場合：最終発作（ 年頃）

- 5、以下の症状疾患はありますか？ ☐いいえ ☐はい
「はい」の場合、あてはまる全ての項目に○をお願いします。
〔 極度の脱水・心不全・肝不全・腎不全・多発性骨髄腫・急性膵炎 〕
〔 マクログロブリン血症・テタニー・褐色細胞腫（疑いを含む） 〕

- 6、アレルギー性疾患または体質はありますか？ ☐いいえ ☐はい
「はい」の場合、あてはまる全ての項目に○をお願いします。
〔 花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・薬剤アレルギー・食物アレルギー 〕
〔 金属アレルギー・アトピー性皮膚炎・ハウスダスト・その他 〕
薬剤や食物アレルギー・その他が○の方はご記入ください（

- 7、β遮断薬を服用されていますか？ ☐いいえ ☐はい

〈ヨード造影剤使用の方〉

- 8、非ステロイド系抗炎症薬を服用されていますか？ *検査前後24時間の休薬を推奨 ☐いいえ ☐はい
9、ビグアナイド系糖尿病薬を服用されていますか？（薬剤名：） ☐いいえ ☐はい
「ある」の場合：検査前後48時間の休薬の説明をしました。 ☐はい

〈女性の方〉

- 10、現在（妊娠中・授乳中）ですか？ ☐いいえ ☐はい
*ガドリニウム造影剤の使用は、羊水中に移行し蓄積する可能性があり、原則禁忌となります。

以上、上記項目について確認しました。

年 月 日 医師（署名）

【造影剤使用同意書】

私は造影剤の必要性和副作用などについて説明書を読み説明を受け、医師に質問する機会を得て
納得しました。

年 月 日 患者本人または代理人（続柄）（署名）