

ID _____ 氏名 _____

(欄にチェックを入れてください。)

絶対禁忌

- ・ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴の有無 あり なし
・重篤な甲状腺疾患の有無 あり なし

原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合は慎重に投与すること。実施の場合は主治医が立ち会うこと。)

- ・気管支喘息 あり なし
・重篤な心障害 あり なし
・重篤な肝障害 あり なし
・重篤な腎障害 あり なし

* クレアチニン値 mg/dl _____ eGFR _____ ml/min/1.73m²
(クレアチニン値が1.5~2.0mg/dl以上では、造影により腎不全を起こす可能性が高い)

- ・以下の疾患の既往および可能性
- * マクログロブリン血症 あり なし
* 多発性骨髄腫の疑い あり なし
* テタニー あり なし
* 褐色細胞腫の疑い あり なし

相互作用

ビグアナイド系糖尿病薬*の服用

* (グリコラン、メグルコ、ジベトンSなど) 致死性乳酸アシドーシスを起こすことがあります。

eGFR > 60ml/min/1.73m² : ビグアナイド系糖尿病薬を継続できる。

eGFR 30-60ml/min/1.73m² : 造影検査前48時間~検査後48時間は内服を中止し、検査後腎機能の悪化がないことを確認してから再開。

eGFR < 30ml/min/1.73m² : ビグアナイド系糖尿病薬の投与は認められていない。ヨード造影剤の投与は可能であれば避けるべき。

検査予定日 令和 年 月 日 確認医(自筆) _____

患者容態不良のため、造影剤使用の同意を得られないが、診断上必要なため造影検査を行う

X線造影剤使用同意書

私は造影検査の必要性、副作用などについて説明・問診を受け、十分に理解しました。その上で

- X線造影剤使用に同意いたします。
 X線造影剤使用に同意いたしません。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

(代理人の場合)

代理人氏名 _____

続柄 _____