**ＣＴ検査問診票**

検査をできるだけ安全確実に行うため、以下の項目にお答えください。

氏名：　　　　　　　　　　　　様

（CT検査予定日：　　　年　　月　　日）

**該当項目に印☑をつけてください。“はい”を選ばれた方は（ ）の中に詳細をお書きください。**

1. 今までにＣＴ検査を受けたことがありますか。　　　 □いいえ 　□はい
2. 心臓ペースメーカーを使用していますか。 　　　　　□いいえ 　□はい
3. 女性のみお答えください。

現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか。　 　□いいえ 　□はい　□わからない

**以下は、造影CT検査予定の方のみお答えください。**

1. 今まで造影CT検査を受けたことがありますか。　　□いいえ　 □はい

はいと答えられた方へ、その時、副作用を経験されましたか。

□いいえ　 □はい：（その時の症状： じんましん・はき気・おう吐・その他（ 　　　　　　））

⑤　薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。

□いいえ　 □はい：（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

⑥　今までぜんそく、腎臓の働きが悪い、甲状腺疾患といわれたことがありますか。

□いいえ 　□はい：（該当症状： ぜんそく ・ 腎臓病 ・ 甲状腺疾患 ）

⑦　糖尿病の薬を服用していますか。

□いいえ 　□はい：（薬のお名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

はいと答えられた方へ、次のどちらかに印☑をつけてください。

□主治医の指示でCT検査2日前から検査後2日間休薬するように言われている。

□特に指示がないため休薬していない。

(注)休薬は主治医の指示に従ってください。ご自身の判断で休薬しないでください。

⑧　正確な検査を行うために、現在の身長と体重を記入してください。

身長 　　　　　　　cm 　　体重　　　　　　　 kg

**※ご不明な点は医師・診療放射線技師・看護師にお尋ねください。**