



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。

④ 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。