

CT 検査問診票

氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____

CT 検査時間 _____ 年 月 日 () 午前・午後 _____ 時 分

※ 検査予約時間に遅れた場合、検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございます。
予めご了承ください。

CT 検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

(1) 今までに CT 検査を受けられたことがありますか？(はい・いいえ)

はいの場合 = (_____ 年 _____ 月ころ)

(2) CT 検査の際に造影剤の注射をしたことがある方のみお答えください。

以前の造影検査の際、何か副作用はありましたか？(はい・いいえ)

はいの場合 = 発疹・蕁麻疹・吐き気・その他 (_____)

(3) 現在または過去に、アレルギー性の病気をされたことや、アレルギー体質などはありますか？

(はい・いいえ)

はいの場合 = 気管支ぜんそく・アトピー・アレルギー性鼻炎

飲み薬・注射の副作用 (_____)

食べ物によるアレルギー (_____)

(4) 腎臓病または腎機能異常がありますか？(はい・いいえ)

(5) 現在、妊娠または授乳中ですか？(はい・いいえ)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____