

CT 検査問診票

検査を受けられる方の氏名

検査日 令和 年 月 日

この問診票は、CT 検査をできるだけ安全確実にを行うためのものです。おわかりになる範囲で正確に記入をお願いします。検査担当医師の判断で危険性が高い場合、造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

- ① CTの検査を受けたことがありますか？ (はい いいえ わからない)
- ② 心臓の不整脈治療装置（ペースメーカー等）を使用していますか？ (はい いいえ)
- ③ 手術をしたことがありますか？ (はい いいえ)
いつごろ、どのような手術をされましたか？ ()
- ④ アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？ (はい いいえ)
ぜんそく じんましん アトピー アレルギー性鼻炎 その他
食物アレルギー() 薬物アレルギー(薬品名:)
*ぜんそくの既往がある方・・・現在、(治療中である 治療していない)
最後に発作が起こったのは()年()カ月前
- ⑤ 現在、内服中のお薬はありますか？ (はい いいえ)
高血圧 糖尿病 その他
- ⑥ これまで造影剤を使った検査をしたことがありますか？
(CT、MRI、胆のう造影、血管造影、尿管造影など) (はい いいえ)
受けた方(はいの方) 造影剤投与後、体調に変化はありましたか？ (はい いいえ)
(はいの方) 症状をお答えください()
- ⑦ 甲状腺の病気で現在治療していますか？ (はい いいえ)
- ⑧ 心臓または腎臓の病気（透析等）がありますか？ (はい いいえ)
- ⑨ 女性の方にお尋ねします。
現在妊娠中、あるいは授乳中ですか？ (はい いいえ)

検査当日記載欄

- ⑩ 最後にお食事をされたのは何時ごろですか？ () 時ごろ)
- ⑪ 今、ひどくのどが渇いていますか？ (はい いいえ)
飲水は検査に問題ありませんので、お水をお飲みください。
- ⑫ 装着品等がありますか？ (はい いいえ)
入れ歯、義歯、歯列矯正具 補聴器 貼り薬（湿布等） エレキバン

*CT 検査の際には撮影部位により、めがね、貴重品、金属のついた衣類・下着、時計、カイロ、シップ、エレキバンなど、身につけている金属類は、はずしていただきます。

2019年11月1日 福岡県済生会二日市病院 放射線科