

CT 検査問診票

検査日:

記入日: 年 月 日

患者 ID:	
患者氏名:	様
生年月日:	

〒635-8501 大和高田市磯野北町1-1
大和高田市立病院 放射線科
TEL 0745-53-2901(内線5290)

CT検査の前に、あなたのお身体の状態をお教え下さい。検査を安全かつ円滑に進める為参考させて頂きたいと思っておりますので、出来るだけ正確に記入をお願い致します。

★ 職業歴: _____ (無職の場合は最終職業)

身長 cm

体重 kg

<下記の項目で該当するものに○印を付けて下さい。>

- ①, 体内にペースメーカーを埋め込んでいますか? [はい・いいえ]
- ②, 今までに、タバコを吸ったことがありますか? [はい・いいえ]
[はい]の方に喫煙歴をおたずねします。 (本/1日 年間)
- ③, 今までに、手術をしたことがありますか? [はい・いいえ]
[はい]の方は (いつ)
手術部位 : () 手術内容 : ()
※乳房の手術を受けた事がありますか? [はい いいえ] [右 ・ 左]
- ④, 下記に当てはまる方は○で囲んで下さい。
[①, 腕にマヒがある。 ②, 腕が挙がりにくい。 ③腕の感覚に異常がある。]
- ⑤, 食事をされたのは、何時頃ですか? (午前・午後 時 分)
水分を摂られたのは、何時頃ですか? (午前・午後 時 分)

<女性の方にお伺いします!> ※わかる範囲で結構です。

- ①, 現在、妊娠している、または、妊娠の可能性がありますか? [はい・いいえ]
- ②, 最終生理開始日をご記入下さい。 [月 日]
- ③, 閉経された方は、いつ頃かをご記入下さい。 [歳頃]

==== (ここからは、造影剤検査の方のみご記入願います。) =====

- ①, 今、ひどくのどが渇いていますか? [はい・いいえ]
- ②, 今までに造影剤を使つての検査をした事がありますか? [はい・いいえ]
[はい]の方におたずねします。
- ★, 造影剤を注射した時、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか? [はい・いいえ]
[はい]の方におたずねします。副作用の内容をお聞かせ下さい!
- 副作用が出た時期は? (検査中 ・ 検査直後 ・ 数時間後 ・ 数日後)
 - どのような症状? ()
 - その時に使用した造影剤名は? ()
- ③, ヨードアレルギーと言われたことがありますか? [はい・いいえ]
- ④, ぜんそくと言われたことがありますか? [はい・いいえ]
- ⑤, 心臓が悪いと言われたことがありますか? [はい・いいえ]
- ⑥, 腎臓が悪いと言われたことがありますか? [はい・いいえ]
- ⑦, 糖尿病の治療をされていますか? [はい・いいえ]
- ⑧, 糖尿病のお薬を服用していますか? [はい・いいえ]
- ⑨, 甲状腺の病気と言われたことがありますか? [はい・いいえ]
- ⑩, アレルギー体質と言われたことがありますか? [はい・いいえ]

検査時確認者: _____

★, 今までに造影剤以外の薬や注射で気分が悪くなったり、発疹(薬まけ)が出たことがありましたらお聞かせ下さい。

薬剤名() 症状()

※その他 ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。