当センター記入欄

ＣＴ検査問診票

［ □ 胸 部　□ 腹 部　□ 内臓脂肪 ］

受 診 日	
受診番号	
登録番号	

フリガナ
氏　名　　男 ・ 女

□精密検査　一次受診日　・　・
一次受診番号

生年月日　S ・ H　　年　　月　　日（　　才）

□外　来　カルテ番号

以下の質問にお答えください。わかる範囲で結構です。

① 今までに呼吸器疾患、消化器疾患、泌尿器疾患にかかったことがありますか？

いいえ ・ はい … 病名［　　］

② 現在治療中の病気やけがはありますか？

いいえ ・ はい … 病名［　　］

③ 過去に他の施設でＣＴ検査を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい … 結果は 異常なし ・ 異常あり［　　］

④ ③で「異常あり」の方は、その後精密検査を受けましたか？

いいえ ・ はい … 結果は 異常なし ・ 異常あり［　　］

⑤ 喫煙習慣についてお聞きします。

以前から吸わない ・ 以前は吸っていた ・ 吸 う［　　本／日　　年］

その他、気になることがありましたらご記入ください。