ＣＴ検査問診票

[□ 胸部 □ 腹部 □ 内臓脂肪 □ PD]

当センター記入欄

受 診 日

受診番号

□ 精密検査　一次受診日　・　・
一次受診番号

□ 外　来　カルテ番号

フリガナ
氏　名　　男 ・ 女

生年月日　S ・ H　　年　　月　　日（　　才）

以下の質問にお答えください。わかる範囲で結構です。

① ペースメーカー、植込み型除細動器（ＩＣＤ）をご使用ですか？

いいえ　・　は　い　…　※誤作動の危険があるため、検査を受けることができません。

② 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 [　　]

③ 現在治療中の病気やけがはありますか？

いいえ　・　は　い　…　病名 [　　]

④ 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 [　　]

⑤ ④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 [　　]

⑥ 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。