

# 《 CT 検査問診票：院外依頼用 》

メディカルシティ東部病院にて

検査日 平成 年 月 日 時 分 から

患者氏名 \_\_\_\_\_

この問診票は、来院時受付にお渡しください。

CT 検査を安全に行えますよう、問診票記入にご協力をお願い致します。

- 1) 体内に、心臓ペースメーカー、もしくは、植え込み型除細動器が入っている。・・・はい・いいえ
- 2) 取り外しのできる入れ歯・インプラントがある。・・・はい・いいえ
- 3) 過去1週間以内に、バリウムを用いた胃や大腸の検査を受けたことがある。・・・はい・いいえ
- 4) その他（お尋ねになりたいことがあればご記入ください）

〔 \_\_\_\_\_ 〕

女性の方へ

- 5) 現在、妊娠中である。・・・はい（ 週目）・いいえ
- 6) 最終月経について・・・（ 月 日～ 日間）：閉経（ 歳）

■ 以下の項目は造影 CT をされる方のみお答えください。 ■

- 1) 現在、下記の病気で、通院、または、治療中である。
  - ①心臓病・・・はい（具体的に：狭心症、心筋梗塞、不整脈、その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ②気管支喘息・・・はい（現在治療中・治癒・小児喘息 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ③糖尿病・・・はい（内服中：治療薬名 \_\_\_\_\_ ・インスリン使用中）・いいえ
  - ④腎臓病・・・はい（腎不全・透析中・その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ⑤その他・・・（具体的に： \_\_\_\_\_）
- 2) アレルギーがある。・・・はい・いいえ
  - 2-1) アレルギーありの場合、どのようなアレルギーですか。  
喘息・蕁麻疹・アレルギー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 3) 造影剤検査を受けたことがある・・・はい（CT・MRI・尿路造影・血管造影）・いいえ
  - 3-1) 造影検査中、または、造影検査後に体調不良を生じたことがある。  
・・・はい（蕁麻疹・嘔気・嘔吐・血圧低下・その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
- 4) 甲状腺機能亢進症がある。・・・はい・いいえ
  - 4-1) 甲状腺機能亢進症がある方で、治療を行っている。・・・はい・いいえ  
※いいえの場合、甲状腺中毒症などの重篤な代謝機能障害をきたすおそれがあります。
- 5) 抗がん剤治療の1つであるインターロイキン2療法を行っている。・・・はい・いいえ  
※はいの場合、遅発性副作用が起こることがあります。

女性の方へ

- 6) 現在、授乳中である。・・・はい・いいえ

メディカルシティ東部病院 画像診断センター 電話 0986-22-2240