

# CT検査の説明および問診票

## 検査の説明

CT検査は、放射線を利用して体の断面の画像を得る検査です。放射線被ばくを伴いますが、検査で得られる情報は放射線被ばくによる健康への影響より有益と判断し、実施いたします。

当院では、診断に必要な範囲で可能な限り被ばく線量の低減に努めています。

## 問診

CT検査を安全かつ円滑に行うために、下記の質問に **いいえ** ・ **はい** に○でお答えください。

1) 植え込み型心臓ペースメーカーを装着していますか？ いいえ ・ はい

1)で「はい」と答えられた方は下記もご記入下さい。

(いつ頃: \_\_\_\_\_ メーカー名: \_\_\_\_\_ 製品名: \_\_\_\_\_ )

2) 植え込み型除細動器(ICD)を装着していますか？ いいえ ・ はい

3) 両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器(CRT-D)を装着していますか？ いいえ ・ はい

4) 脊髄刺激療法や脳深部刺激療法(DBS)を行っていますか？ いいえ ・ はい

5) 持続グルコース測定器(CGM/FGM)を装着していますか？ いいえ ・ はい

6) [女性の方]妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい

7) おおよその体重を教えてください。 約 \_\_\_\_\_ kg

上記問診の意義および検査説明を受け、質問する機会を得ました。CT検査を実施することに同意します。

記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名(自署) [代筆可]

代筆者氏名(続柄)

確認スタッフ記入欄

確認技師

医師:

看護師:

★ 記入後は外来受付、または看護師にお出し下さい。ご協力ありがとうございました。★