

単純 CT 検査 問診票・同意書

患者氏名	様	患者 ID	
生年月日	年 月 日 歳	検査日	年 月 日
男・女	身長 cm 体重 kg	説明者	

CT 検査を安全に受けていただくために、下記の質問にお答えいただき、十分な説明を受けてください

◎今までに CT 検査を受けたことはありますか	《 はい いいえ 》
◎心臓ペースメーカーを使用していますか (〈はい〉 と答えた方は、ペースメーカー手帳を持参してください)	《 はい いいえ 》
◎上記の質問の他に体内にある金属や医療機器は体内にありますか (上記機器を含めた部位を撮影する場合、主治医にて機器モード変更等必要です) (脊髄刺激療法、深部刺激療法装着患者、血糖測定器リブレ着用者を含む)	《 はい いいえ 》
◎女性の方にお聞きします 現在妊娠中もしくは妊娠している可能性がありますか	《 はい いいえ 》

患者様への説明確認

※上記項目を確認し、別紙記載の今回の CT 検査について十分な説明をしました

説明日 年 月 日 医師名 _____

【患者の意思確認が不可能な場合】

緊急性が優先される為、指示医の判断により検査を実施します。 後日検査説明して同意書を取ります

同意書

※私は今回の CT 検査説明を十分に受け理解した上で、検査を受けることに同意します

同意日 年 月 日 本人または代理人 _____

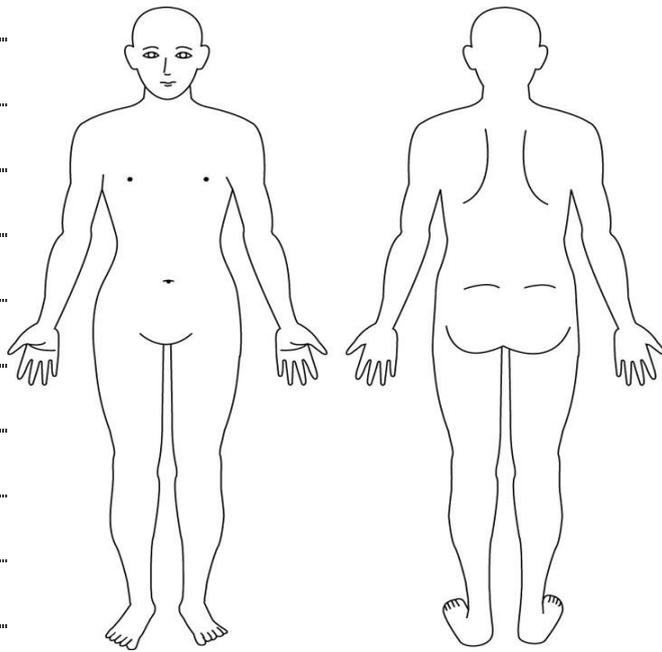
検査依頼書

予約日 年 月 日

ふりがな	検査日	年	月	日
お名前	男・女		時	分～
生年月日	M・T・S・H	年	月	日
身長	cm	体重	Kg	
	検査部位	モダリティ CT ・ MRI		

診療情報・主訴

(病状・怪我の経緯、検査で調べたい内容、希望撮影方法等詳しくご指示をお願いします。)



依頼元情報

〒

☎

依頼医師名

印