

# 単純CT検査問診票

生年月日 年 月 日生

ふりがな  
氏名

安全にCT検査を受けていただくために、下記の問題にお答えください。

Q1：妊娠またはその可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )

Q2：心臓ペースメーカーを使用していますか？ ( はい ・ いいえ )

Q3：埋め込み型除細動器（ICD等）を使用していますか？ ( はい ・ いいえ )

Q4：単純CT検査について理解されましたか？ ( はい ・ いいえ )

問診者サイン