

単 純 C T 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