

# CT 検査「問診票」

検査日 令和 年 月 日 時 分

予約時間の**20分前**までに**1階医事課 2番窓口**にお越しください。

## ■ 注意事項

※緊急連絡先：福島労災病院（0246-26-1111）

- 腹部及び造影検査の方は食事制限があります。
  - ・ 午前の検査の方は朝食を摂らないでください。
  - ・ 午後の検査の方は昼食を摂らないでください。
  - ・ 水やお茶などは積極的にお飲みください。※水分制限のある方は主治医にご確認ください。
- 膀胱、前立腺の撮影の場合、検査1時間前より排尿しないでください。
- ペースメーカーをご使用の方は、検査はできますが、検査当日「ペースメーカー手帳」がないとCT撮影が施行できません。手帳を持参してください。

## ■ 医療被ばくについて

- ・ この検査は十分な意義があると考えられた場合のみ検査を行います。当院では、関連学会のガイドラインをもとに放射線による被ばくを必要最小限にすることを実施しています。

## ■ CT 検査を安全に行う為、下記の設問にお答えください。

- ・ はい、いいえのどちらかをマルで囲んでください。

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| ○ <b>埋め込み型除細動器（ICD 又は CRT-D）を使用していますか？</b><br>※上記機器が撮影範囲に入らなければ撮影は可能です。<br>※上記機器を含めた部位は、撮影できない場合があります。<br>主治医にご相談ください。 | はい | いいえ |
|--|----|-----|

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| ○ <b>以下の機器を装着していますか？</b><br><input type="checkbox"/> 血糖測定器（リブレ）【撮影部位により外していただく場合があります】<br><input type="checkbox"/> 脳深部刺激療法（DBS）<br><input type="checkbox"/> 脊髄硬膜外刺激療法（SCS） | はい | いいえ |
|--|----|-----|

- |                                     |    |     |
|-------------------------------------|----|-----|
| ○ <b>1週間以内に、バリウムを使用する検査を行いましたか？</b> | はい | いいえ |
|-------------------------------------|----|-----|

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| ○ <b>女性の方にお聞きします。</b><br>・ <b>現在妊娠中もしくは妊娠している可能性がありますか？</b><br>※授乳に関して：授乳継続可能です。心配であれば造影剤投与後<br>48時間授乳を休止してください | はい | いいえ |
|---|----|-----|

体内金属：

令和 年 日

お名前