

# CT検査問診票兼同意書（記入して検査当日お持ちください）

●CT検査を受けたことがありますか 無 有

※以下に該当する方は検査ができない場合があります。主治医へご相談ください。

●最近、バリウムを使った検査を受けましたか。 無 有

●（女性の方）現在、妊娠の可能性はありますか。 無 有 授乳中

●閉所恐怖症はありますか。 無 有

造影検査を受ける方のみお答えください。※有の方は主治医へご相談ください。

●今まで造影剤を使って副作用が出たことがありますか。 初めて使用 無 有  
症状： 嘔吐 吐き気 発疹 血圧低下 その他（  ） ←

●ぜん息はありますか。 無 有  
現在治療中 治癒 小児喘息 ←

●アレルギーはありますか。 無 有（  ）

●甲状腺の病気や腎臓の病気はありますか。 無 有 透析中

●糖尿病の薬を飲んでいますか。（薬の種類によっては休薬が必要です） 無 有  
（薬品名：  ）

## CT検査・CT造影検査同意書

主治医よりCT検査の必要性、検査に関してメリットデメリットについて説明を受け、  
CT検査説明書の内容を理解しました。CT検査・造影検査に際し、  
検査の必要性や造影剤の副作用について十分理解したうえで検査を受けること、  
また、検査中予期せぬ事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに

同意します 同意しません

なお一度同意されてもいつでも撤回することができますので、その旨主治医にお伝えください。

年 月 日

患者様（本人）氏名

代筆者氏名 （続柄：）

患者が未成年、または署名困難な場合は代筆者が自筆署名してください。

医師	技師
<input type="text"/>	<input type="text"/>

熊本セントラル病院確認欄