CT検査問診票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID　　　　　　　　　　　　　 |  | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　様　 | 確認欄 |
| **太枠内の質問事項にチェックまたはご記入下さい。**問診実施日　　　年　　月　　日 | 担当医看護師 | 放射線技師 |
| 1.ペースメーカーまたは体内電子機器を使用していますか。 | [ ] はい　[ ] いいえ |[ ] [ ]
| 2.今までに手術をしたことはありますか。 | [ ] はい　[ ] いいえ |[ ] [ ]
| (『はい』とお答えの方のみ)それはいつ頃、どのような手術でしたか。 |  |  |
| (　　　　　)年頃　病名または手術名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
| 3.現在治療中の病気はありますか。 | [ ] はい　[ ] いいえ |[ ] [ ]
| (『はい』とお答えの方のみ)病名、内服薬をご記入下さい。 |  |  |
| 病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
| 内服薬(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |  |  |
| 4.安静困難、閉所・狭所恐怖症、てんかんはありますか。 | [ ] はい　[ ] いいえ |[ ] [ ]
| 5.体重をご記入下さい。(検査の際に必要になります) | 　　　　　　　㎏ |[ ] [ ]
| 6.(女性の方のみ)現在妊娠の可能性はありますか。 | [ ] はい　[ ] いいえ |[ ] [ ]
| 7.その他、ご質問等ございましたらご記入下さい。 |[ ] [ ]
|  |  |  |

CT検査同意書　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

松本歯科大学病院統括者 殿

　この度、私の症状に関して担当医　　　　　　　　　　　　　　　　から診察結果の説明を受け、

CT検査が必要あるいは検査経過中の状況によっては必要とされる場合がある旨を理解しました。

又、検査時に起こりうる偶発的な事故や危険性についても十分な説明を受けましたので、その実施に

ついて同意します。

署名

親族者署名(続柄)

※この同意は検査施行前でしたらいつでも撤回していただけます。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

医療従事者記入欄

特記事項　[ ] なし　　[ ] あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

検査後　　[ ] 帰宅　　[ ] 診察(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

担当医　　　　　　　　　問診確認者　　　　　　　　　放射線技師　　　　　　　　　実施看護師

181201

CT検査を受けられる方へ

ID　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |
| --- |
|  |
| 検査日時は　　　　月　　　　日(　　)　　　　時　　　　分です。 |
|  |
| 　　　　時　　　　分までに総合受付までお越し下さい。 |
|  |
| 当日は保険証・診察券・検査指示書・問診票・(　　　　　　　　)をお持ち下さい。 |
|  |

1.検査前日までの注意点

中止薬　　　　[ ] なし　　　　　　　　[ ] あり(薬剤名：　　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　月　　　日(　　)～　　　月　　　日(　　)まで止めて下さい。

2.検査当日の注意点

　　　　食事　　　　　[ ] 通常通り　　　　　[ ] 朝食なし　　　　　[ ] 昼食なし

　　　　水分　　　　　[ ] 通常通り　　　　　[ ] 飲水不可　　　　　[ ] 水・白湯のみ可

　　　　薬　　　　　　[ ] 通常通り　　　　　[ ] (　　　　　　　　)までに内服

3.来院してからの流れ

①お持ちの診察券を自動受付機にかざして受付を行います。

　　　＊月初めの方は総合受付にて保険証・受給者証の確認を行います。

　　　＊他院より画像検査のみでお越しの方は総合受付までお越し下さい。(内科を経由する場合があります)

　　　　②地下1階放射線検査室受付までお越し下さい。

　　　　　検査開始時間は多少前後する場合があります。

　　　　③検査を行います。

　　　　④診察がある方は診療科、ない方は総合受付までお越し下さい。

　　　　　お会計を済ませご帰宅となります。(特別委託契約の場合は依頼されたご施設でのお支払いとなります)

|  |
| --- |
|  |
| ——以下のものは検査前に外していただくか外した状態でご来院下さい—— |
|  |
| 　　　　検査部位にかかる金属 |
|  |
| 　　　　　　アクセサリー(イヤリング・ピアス・ネックレスなど) |
|  |
| 　　　　　　ヘアピン・かつら・メガネ・補聴器・義歯・装具・カイロ・金属を含む貼用薬など |
|  |

——ご心配、ご不明な点、来院に関するご連絡がございましたら下記までお願い致します——

[ ] 連携型口腔診療部門　　　0263-51-2067　(月)～(金)8：30～17：00　※(土)は～12：00まで

[ ] 内科・耳鼻科・皮膚科　　0263-51-2350　(月)～(金)8：30～17：00

[ ] 地域医療連携室　　　　　0263-51-2305　(月)～(金)9：00～17：00

[ ] 放射線検査室　　　　　　0263-51-2097　(月)～(金)9：00～17：00

[ ] （　　　　　　　　　）　0263-51-(　　　　)

松本歯科大学病院

181201