

(様式7)

画像検査質問票(御依頼用)

フリガナ		医院・診療所名	
患者氏名	男・女	主治医署名	
生年月日	19 年 月 日(歳)	記載年月日	20 年 月 日

CT画像検査経験	なし	あり	: 造影剤使用	あり	なし
前回のCT検査での問題点	なし	あり	:	年頃	
心臓ペ - スメ - カ・人工弁	なし	あり	: 部位	材質	
体内の金属・異物	なし	あり	: 部位	材質	
口腔内の金属 固定性	なし	あり	: 部位	種類	
可撤性	なし	あり	: 部位	種類	
矯正装置	なし	あり	: 部位	種類	
妊娠の可能性	なし	あり	わからない		
感染症	なし	あり	:		
配慮項目	なし	あり	: 視力障害、難聴、運動障害 : その他()		
身長	cm		体重	kg	
ヨ - ドアレルギー -	なし	あり	: パッチテスト+	±	-
薬剤アレルギー -	なし	あり	:		
腎機能障害	なし	あり	:		
肝機能障害	なし	あり	:		
心機能障害	なし	あり	:		

患者の個人に関する内容については、機密を保持します。
は必要時と造影CT時のみ記入して下さい。

鶴見大学歯学部附属病院 放射線科