患者 ID　：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　年　　月　　日

地域連携用　単純 CT

単純 CT 検査（造影剤使用なし）問診票

単純 CT 検査オーダー入力項目	内　　容　　（該当項目に☑を入れて下さい）
・不整脈デバイス	□なし　□ペースメーカ、CRT-P　□ICD、CRT-D ※ICD 本体には、院内マニュアルに従い X 線照射せずに検査実施します
・放射線被曝の正当化説明	□正当性を説明しました □患者理由により説明できませんでした
・身長、体重	身長　　㎝　体重　　㎏
・検査当日の食事摂取	□可　□不可

患者 ID　：（当院記入）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　年　　月　　日

地域連携用　単純 CT

単純 CT 検査（造影剤使用なし）
を受けられる方へ

検査日時

年　　月　　日　　時　　分

※検査日時の 20 分前までに放射線科受付にお越しください。なお、診療科の指示がある場合には、そちらの指示に従って下さい。また、緊急検査の対応のため、検査開始が予定時間より遅れることがあります。ご了承下さい

・検査時間について：　検査時間は、20 分程度です。

□食事・水分制限なし

□検査当日食事摂取不可の方

検査予約時刻の **4 時間前（　　時　　分）以降は食事をとらない**で下さい。

ただし、水・お湯・お茶などの**水分制限はありません**。脱水予防のため、水分は検査直前まで十分に摂取して下さい。

※牛乳、ジュースは正しい診断結果が得られなくなる可能性があるため飲まないで下さい。

※なお、水分制限のある方は、制限の範囲内で摂取して下さい。

●普段飲んでいる薬の服用について

普段飲んでいる薬は、指示がなければいつもどおりに服用して下さい。

●その他

・検査の部位により、身に着けているもの（ネックレス、ピアス、入れ歯、ブラジャーなど）で金属製のものは外し、検査着に着替えていただくことがあります。当日、検査前に説明します。

・検査台に寝てから撮影を行います。検査部位により、固定用具の使用、両手を頭の上まで上げる、撮影中に息を止めるなどお願いをすることがあります。

・ペースメーカや不整脈デバイス（ICD 等）の埋め込みをされている方は、医師にお知らせ下さい。

デバイスの種類によっては、撮影方法等変更が必要となります。