

CT 検査 問診票

氏名 _____ 様

検査予約日時（緊急検査等で検査開始が多少遅れる場合があります。）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

CT に関するチェックリスト

- ・ 食事制限 [あり (朝食 / 昼食) ・ なし]
- ・ 妊娠中、妊娠の可能性 [あり ・ なし]
- ・ 埋込型除細動器 (ICD、CRT-D) [あり ・ なし]



留置部位 (頸部、胸部、上腹部等) を撮影する場合、 当院 臨床工学技士にて設定変更して撮影を行います

除細動器についての確認 (鈴鹿中央総合病院記入欄)

- CT 撮影のため設定変更しました。 CE _____
- 設定変更を確認しCT撮影しました。 CT _____
- CT 終了のため再設定しました。 CE _____