

放射線部検査事前確認事項シート

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----	------	-------

単純CT検査用

確認事項	回答欄		特記事項
妊娠	あり	なし	ありの場合、慎重施行
体内金属・医療機器	あり	なし	部位により画像劣化あり ありの場合、実施について相談 させていただくことがあります

貴院にて上記をご確認いただいた方のお名前の記載をお願いします。 医療機関名 _____ 氏名 _____

※ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が載っているページを申し込み時に必ずFAXしてください。