

全身用CT検査問診票

鶴見大学歯学部附属病院

フリガナ 患者氏名 生年月日 年 月 日 歳	性別	記載日
		施設名
		依頼医

CT検査経験 なし あり

前回CT検査での問題点 なし あり

問題点（具体的に記載してください）

心臓ペースメーカー、人工弁 なし あり

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 材質

可撤性 なし あり

部位 材質

矯正装置 なし あり

部位 材質

妊娠の可能性 なし あり

わからない

感染症 なし あり

具体的に記載してください

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

特記事項

お預かりした個人情報は、適正かつ安全に管理、運用することに努めます。
なお、お預かりした情報は、個人を特定できない形で研究等に使用することがあります。