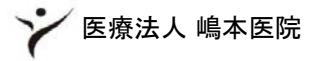


ご記入日 月 日

CT健診問診票



フリガナ		性別	生年月日
お名前	(旧姓:)	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
		<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦
ご住所	〒□□□□-□□□□	都道府県	市区郡
		町村	自宅電話
			携帯電話
		体重	kg

該当する項目に チェック を付けてお答えください

希望される 検査部位	<input type="checkbox"/> 肺がんCT検診 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓~腎臓) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 体脂肪解析
気になること 症状がありましたら ご記入ください	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
手術歴が ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 手術 : 年 月 日 部位 :
検査前の食事を とられましたか?	<input type="checkbox"/> 食事していない <input type="checkbox"/> 食事した (午前・午後 時 分頃)
バリウム検査を 受けられましたか?	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (月 日頃)
心臓ペースメーカー ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
植込み型除細動器 (ICD等)ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

「保険証」「CT健診問診票」を持って受付にお越しください。

医師が問診票の内容を確認して追加の質問などをさせていただきます。

妊娠中や妊娠の可能性のある方は検査ができません。