

# 検査チェックリスト

記入日： 年 月 日	男	生年	大正・昭和・平成・令和		
氏名：	女	月日	年	月	日 (満 歳)
TEL：	体重	kg	次回診察日		

質問事項	回答欄	
●CT・MR・PETの検査を受けたことがありますか？	はい (CT・MR・PET)	いいえ
●上記で「はい」と答えた方は、検査中に気分が悪くなった事がありますか？	はい (検査名 ) (症状 )	いいえ
●狭いところや、暗いところが苦手である。	はい	いいえ
●取り外しのできる入れ歯 (義歯) をしている。	はい	いいえ
●補聴器を使用している。	はい	いいえ
●血圧の薬を服用している。	はい	いいえ
●普段の血圧を分かる範囲でお書きください。	( / )	
●緑内障と言われたことがある。	はい	いいえ
●甲状腺が悪いと言われたことがある。	はい (病名 )	いいえ
●心臓の病気 (不整脈など) と言われたことがある。	はい (病名 )	いいえ
●糖尿病と言われたことがある。	はい	いいえ
●肝臓病と言われたことがある。	はい (病名 )	いいえ
●腎臓病と言われたことがある。	はい (病名 )	いいえ
●人工透析をしている。	はい	いいえ
●薬、食物などでアレルギーを起こしたことがある。 またはアレルギーの家族がいる。	はい (薬剤名 )	いいえ
●喘息と言われたことがある。	はい	いいえ
●上記で「はい」と答えた方は、最後に喘息発作を起こした日をご記入ください。	( 年 月 日 )	
●男性の方にご質問します。 前立腺肥大と言われたことがある。	はい	いいえ
●女性の方にご質問します。 ・現在、妊娠中またはその可能性がある。 ・現在、授乳中である。	はい はい	いいえ いいえ
●手術歴がある。 「はい」の方は、いつ頃・どこで・どの部位の手術を受けましたか？	はい ( )	いいえ
●ペースメーカー (人工心臓) がある。	はい	いいえ
●体内金属 (クリップ、ワイヤー、ボルト、人工関節、避妊リングなど) がある。	はい (種類 )	いいえ

わかりにくい事や、質問はお気軽に職員にお聞きください。



医療法人DIC

宇都宮セントラルクリニック