

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