

大腸 CT 検査 同意書・問診票

① 大腸 CT 検査を受けたことがありますか？ はい・いいえ

② 肛門・直腸に何か症状はありますか？ はい・いいえ

③ 大腸の手術を受けたことはありますか？ はい・いいえ

* はいの方→・部位 ()

④ お腹の症状で気になることはありますか？ はい・いいえ

⑤ 現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ

* はいの方→・病名 ()

・治療薬 ()

⑥ 腎機能が悪いと言われたことはありますか？ はい・いいえ

⑦ (女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

HMT 画像診断クリニック 院長殿

私は、大腸 CT 検査について理解をし、検査を受けることに同意しました。

また、検査中に緊急処置を必要とした場合、医師が必要と認める処置を行うことについても同意します。

年 月 日 説明医師氏名 _____

年 月 日 受診者氏名 _____

* 同意書に署名後でも、検査を受けるまでは検査の同意を撤回することができます。その際には、検査担当者にご相談ください。