

# 大腸 CT 検査 問診票

検査を安全に行うため、下記質問のすべてにお答え下さい。不明な点がある場合には担当医より連絡  
させて頂くこともあります。なお、問診票の記入内容によっては検査が受けられないこともあります。

## 予約時記入欄

➤ 大腸の検査を受けられたことがありますか。  いいえ  はい  注腸検査  大腸内視鏡  
 大腸 CT  その他( )

➤ 硫酸バリウムに対し、過敏症の既往歴はありますか。  いいえ  はい

➤ 右記のような病気といわれたことがありますか。  いいえ  はい  心疾患  糖尿病  
 緑内障  前立腺肥大(男性のみ)  
 クロウン病  潰瘍性大腸炎

➤ 便秘症ですか。  いいえ  はい

➤ 排便は何日おきですか。 約\_\_\_\_\_日に\_\_\_\_\_回 (例: 約 5 日に 1 回 等)

➤ これまで手術を受けられたことがありますか。  いいえ  はい  胃  大腸(ポリープ切除含む)  
 小腸  ペースメーカー  
 子宮・卵巣  その他( )  
→ 手術はいつごろですか。 今から\_\_\_\_\_年前に手術した。(必ず記載して下さい。)

➤ 既往歴があればご記入下さい。( )

➤ ご家族で大腸がんになられた方はいますか。  いいえ  はい  父母  きょうだい  
 祖父母  その他( )

➤ 腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。  いいえ  はい

→ 人工透析を受けたことがありますか。 今から\_\_\_\_\_年前に透析した。

➤ 妊娠の可能性はありますか。  いいえ  はい

➤ 身長、体重をご記入ください。 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

記入日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様署名 \_\_\_\_\_

医師署名 \_\_\_\_\_

## 当日記入欄

➤ 夜から検査前までに排便はありましたか。また何回でしたか。  いいえ  はい 約\_\_\_\_\_回 (例: 約 5 回 等)

検査	ブスコパン
可否	可否

放射線科医署名 \_\_\_\_\_