

Name 氏 \_\_\_\_\_

First name 名 \_\_\_\_\_

放射線科問診票

**PATIENT- - HISTORY SHEET**

ドイツ語または英語でご記入下さい。

1. Current complaints / cause of the examination:  
CheckupScreening

2. Accidents: No

3. Do you regularly take medications? 常時服用中の薬はありますか? Yes  No

If yes, which: ある場合は薬の名前を書いて下さい

.....  
.....

4. What surgeries were already performed on you: どんな手術を受けたことがありますか?

.....  
.....

Do you suffer from one of the following illnesses: 以下の疾患がありますか?

5. Thyroid disorder: 甲状腺疾患 Yes  No

6. Kidney disorder: 腎臓病 Yes  No

7. Heart disorders: 心臓病 Yes  No

8. severe disorders (such as cancer): 癌など重篤疾患 Yes  No

If yes, which: 病名.....  
.....

In women: Is it possible that you are pregnant? 女性: 妊娠の可能性は? Yes  No

In men: Do you require a gonadal protection? Yes  No

男性: 生殖腺保護を希望しますか? (通常は Yes)

日付

Date: .....

サイン

Signature: .....