

アミロイドPET検査 問診票

(検査当日持参して下さい)

氏名 _____ (男 ・ 女) _____ 年齢 _____ 歳

本人が記載できない場合のみ代理人氏名 _____ (本人との続柄) _____

・身長	cm
・体重	kg
・今までや現在の病気や怪我、治療についてご記入下さい。 (年齢) (病名) (治療内容) 例) 54才 肝がん 手術、抗がん剤	
・頭部に機器や金属がありますか。(クリップ・金属・シャントなど) □はい () □いいえ	
・PET・CT・MRIなどの検査で具合が悪くなったことがありますか。 あつた場合はどのような症状でしたか。() □はい □いいえ	
・アレルギーはありますか。 □はい () □いいえ	
・閉所恐怖症(狭い所が苦手)はありますか。 □はい □いいえ	
・移動手段 □独歩 □杖・シルバーカー歩行 □車椅子 □ベッド	
※女性の方へ	
・妊娠中、あるいはその可能性がありますか。 □はい □いいえ	
・授乳中ですか。 □はい □いいえ	

厚生連高岡病院 呉西PETセンター 0766-21-3930 (内線4415)