

# PET-CT 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)
例)	54 才	肝がん
	(治療内容)	
	手術、抗がん剤	
• 体内に機器や金属がありますか（ <sup>ハ</sup> ート・スチーマー・ステント・クリップ <sup>ド</sup> ・金属・CVポートなど）		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• 以前に PET 検査を受けたことがありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 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。どのような症状ですか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• アレルギーはありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• 糖尿病がありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン注射	
• 検査前 2 週間以内に胃カメラ・大腸カメラ・バリウム検査などの予定はありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• 検査前 1 ケ月以内に予防接種やワクチンを受けますか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• 身体で痛い部位はありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい（	） <input type="checkbox"/> いいえ
• 閉所恐怖症（狭い所が苦手）はありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
*女性の方へ		
• 妊娠中、あるいはその可能性がありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
• 授乳中ですか。		
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ