

PET - CT検査 問診票 部屋番号：

患者氏名 _____ @PATIENTNAME _____

以下の問診内容に○印、またはご記入をお願いします

- 過去にPET検査を受けたことがありますか (いいえ・はい：検査日 _____ 頃)
- 放射線の検査を受けて具合が悪くなったことがありますか (いいえ・はい)

現在の健康状態と病気についてお聞きします

- 最近、外傷や打撲、転倒されたことがありますか (いいえ・はい)
- 最近数年以内に手術を受けましたか (いいえ・はい)
- 身体の痛みがありますか (いいえ・はい)
- 最近1年間に抗癌剤治療を受けられましたか (いいえ・はい)
- 最近1年間に放射線治療を受けられましたか (いいえ・はい)
- 心臓のペースメーカーを装着されていますか (いいえ・はい)
- 注射後1時間、検査の20分間、安静に寝ることができますか (いいえ・はい)
- 狭い場所が苦手ですか (いいえ・はい)
- 食べ物や薬剤に対するアレルギー（過敏症）はありますか (いいえ・はい)

- 糖尿病といわれたことがありますか (いいえ・はい)

糖尿病がある患者様に。現在の治療法は (なし・内服・インスリン・食事療法)

検査について、気になることがありましたらご記入ください

以下は、職員が記載しますので、空欄のままで結構です

- 身長・体重 (身長 _____ cm)・(体重 _____ kg)
- 最後に食事をされた時間 (_____)
- 義歯() バリウム() 水分制限() 血圧(/) 血糖()

女性のみ記入

- 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか (いいえ・はい・わからない)
- 生理中ですか (いいえ・はい)
- 最終月経の開始日 (月 日)
- 現在、授乳中ですか (いいえ・はい)