

PET検査に関する問診票

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	ID番号	
氏名		生年月日	年	月	日	(満年齢 歳)

PET検査に際して、下記に該当する項目に必要な事項をもれなく記入してください。

1. 現在治療中の病気、今までかかった病気がありましたらご記入ください。

病名	どんな治療を受けましたか？					
発病(歳)	手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬()	その他()			
	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 治癒	本日内服	: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
発病(歳)	手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬()	その他()			
	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 治癒	本日内服	: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
発病(歳)	手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬()	その他()			
	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 治癒	本日内服	: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
発病(歳)	手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬()	その他()			
	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 治癒	本日内服	: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	

2. この3ヵ月以内に予防接種は受けましたか？

はい → 予防接種名； インフルエンザ コロナ その他()

日付； 年 月 日

日付； 年 月 日

いいえ

3. 糖尿病がありますか？…………… はい → 経口薬(飲み薬)；薬名()

注射薬(インシュリン)；薬名()

いいえ

4. 体内に金属がありますか？…………… はい → ペースメーカー 義歯(上・下)

その他()

いいえ

5. 閉所恐怖症がありますか？…………… はい → デパス内服希望 する しない

いいえ

6. 女性の方にお聞きします。

・ 現在妊娠の可能性がありますか？…………… はい いいえ

・ 最終月経…………… 年 月 日 ~ ()日間 ※()日周期

PET/CT検査室記入欄 (ここからは記入不要です)

6時間以上の絶食 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	運動の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	FDG投与時間；	:	身長	cm	血圧	
最終食事時間	検査同意書記入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	FDG設定量；	MBq	体重	Kg	脈	
甘い飲み物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	注射部位	FDG計測量；	MBq	BMI		血糖	
		IV 漏れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

この問診票に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません。