

PET/CT 検査問診票

当日お持ちください

ふりがな

氏 名 _____ (男 ・ 女) 年 齢 _____ 歳

下記の問いに○をつけ、ご記入ください。

1. PET 検査を受けたことはありますか？ な し ・ あ り [年 月 頃
当センター ・ 他院]

2. 手術や治療についてご記入ください。

手 術	なし・あり	病名	部位	年 月
放射線治療	なし・あり	病名	部位	年 月
化 学 療 法 (抗がん剤治療)	なし・あり	病名		年 月
他 の 治 療	なし・あり	病名		年 月

3. 体内に金属はありますか？ な し ・ あ り [ペースメーカー ・ 除細動器
血糖測定器 ・ 義歯
その他 ()]

4. 体の痛みはありますか？ な し ・ あ り [部位]

5. 撮影の間、仰向けになれますか？ できる ・ できない [撮影中のご希望]

6. 狭い場所の検査は苦手ですか？ いいえ ・ は い [撮影中のご希望]

7. アレルギー(過敏症)はありますか？ な し ・ あ り [アレルギー]

8. 最近、内視鏡などの検査を受けましたか？ な し ・ あ り [内視鏡検査 (上部 ・ 下部消化管)
バリウム検査 ・ 生体組織診断検査
CT ・ MRI ・ その他 ()]

9. 排泄で該当するものはありますか？ な し ・ あ り [紙おむつ ・ 紙パンツ ・ 尿パッド
尿道カテーテル ・ 尿路ストーマ
消化管ストーマ ・ その他 ()]

10. 水分の制限はありますか？ な し ・ あ り

◎ご協力ありがとうございました。気になることや、医師に伝えたいことがあればご記入ください。