

# アミロイド 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

## 1. PET/CT検査を受けたことはありますか？

はい・いいえ

・「はい」の場合、いつ頃ですか？

年 月頃 / 当センター・他院

## 2. 手術や治療を受けたことがありますか？

・「はい」の場合、ご記入ください。

手術	無・有	病名 / 手術部位	年 月
放射線治療	無・有	病名 / 治療部位	年 月
化学療法	無・有		年 月
他の治療	無・有		年 月

## 3. 現在の状態について

・心臓ペースメーカーやその他の電子機器が体に入っていますか？

はい・いいえ

・体の痛みはありますか？

はい(部位 )・いいえ

・検査撮影の約30分間、安静にあおむけの姿勢が保てますか？ はい・いいえ(理由 )

## 4. CT、MRI などの狭い場所が苦手ですか？

はい・いいえ

## 5. アレルギー（過敏症）はありますか？

はい(アレルギー )・いいえ

◎気になることや、医師に伝えたいことをご記入ください。

( )