

# PET検査問診票

当日持参

ふりがな  
氏名

(男・女) 年齢 歳

本人が記入できない場合

ふりがな  
代理人氏名

本人との続柄

## 1. 以前PET検査を受けたことがありますか?

はい・いいえ

・「はい」の場合の検査はいつ頃ですか?

( 年 月 頃 )

## 2. これまでに病気にかかったことや、手術や治療を受けたことがありますか?

はい・いいえ

・「はい」の場合、ご記入ください。(例: 肺癌・結核・盲腸・骨折・胃や腸のポリープ等)

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) (病名: 年 月)

他の治療 (無・有) (病名: 年 月)

## 3. 現在の健康状態について

・心臓の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

・最近のけが(外傷)、打撲、転倒などはありますか?

はい・いいえ

・どこか体に痛み(例: 膝関節炎など)はありますか?

はい(どこですか) ・ いいえ

・約30分間の検査時間、安静に寝ていることができますか?

はい・いいえ(理由)

## 4. 糖尿病について

・糖尿病または血糖が高いといわれたことがありますか?

はい・いいえ

・「はい」と答え方にお聞きします。

◎最近の空腹時血糖をご記入ください。( mg/dL )

◎現在の治療法について該当するところに○をつけてください。

未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬 ・ インスリン注射

## 5. 食べ物や薬物に対してアレルギー(過敏症)はありますか?

はい(どのような物にアレルギーがありますか) ・ いいえ

## 6. CT、MRI検査などで狭い場所が苦手ですか?

はい・いいえ

## 7. 最後に食事された時間はいつですか?(検査当日に記入します)

( : )

以下の質問には、女性の方のみお答えください。

## 8. 生理中ですか?

はい・いいえ ・ 閉経( 歳 )

・「いいえ」の場合の最終月経

月 日 開始

## 9. 現在妊娠している可能性はありますか?

はい・いいえ

## 10. 授乳中ですか?

はい・いいえ

◎これからうけるPET検査で、気になることや症状など医師に伝えたいことをご記入ください。

