

ふりがな

氏名

(男・女) 年齢 歳

1. 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、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・いいえ

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

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. 糖尿病といわれたことがありますか？

はい・いいえ

・「はい」の場合、現在の治療に○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

4. 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

・けが、動物のひっかき傷、打撲、転倒などがありますか？

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、安静に仰向けの姿勢が保てますか。

はい・いいえ(理由)

5. CT、MRIなど狭い場所が苦手ですか？

はい・いいえ

6. アレルギー(過敏症)はありますか？

はい(アレルギー)・いいえ

7. 最近、内視鏡やバリウム検査を受けましたか？

はい・いいえ

8. 3か月以内にワクチン接種をされましたか？

はい・いいえ

・「はい」の場合、いつですか？

() ワクチン: 回目 年 月 日

・ワクチン注射部位はどこですか？

右腕・左腕・その他()

9. お水以外の最後の飲食時間はいつですか？

月 日 (:)

※検査前6時間は、お水以外の飲食ができません。
(心サルコイドーシスの場合は、検査前18時間絶食です)

10. 女性の方はご記入ください。

・現在、月経はありますか？

はい・いいえ(閉経 歳)

・「はい」の場合、最終月経はいつですか？

年 月 日開始 ~ 月 日

・妊娠している可能性はありますか？

はい・いいえ

・授乳中ですか？

はい・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。

[]