

# 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。(例：癌などの悪性腫瘍、結核、骨折、胃腸ポリープなど)

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. 糖尿病はありますか？

なし ・ あり

(内服薬 ・ インスリン注射  
(最終時間 月 日 時頃)

4. 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  
体内留置カテーテル ・ 義歯  
血糖測定器 ・ その他 ( )

5. けがはありますか？

なし ・ あり

(打撲 ・ 転倒 ・ 動物のひっかき傷  
その他 ( )  
部位 月 日 時頃

6. 体の痛みはありますか？

なし ・ あり

( 部位 )

7. 仰向けで撮影はできますか？

できる ・ できない

( 撮影中のご希望 )

8. 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 )

9. アレルギー(過敏症)はありますか？

なし ・ あり

( アレルギー )

10. 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 ( )

11. お水以外の最後の飲食時間はいつですか？

(糖入りの点滴も含まず。)

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。

裏面があります

12. 6 か月以内にワクチン接種をしましたか？

直近に皮下・筋肉注射があればご記入ください。  
(インスリン注射は含みません。)

なし ・ あり	コロナワクチン
	(いつ / 右・左肩)
	インフルエンザワクチン
	(いつ / 右・左腕)
	その他 ( )
	(いつ / 部位 )

13. 女性の方はご記入ください。

・ 月経はありますか？	あり ・ なし (閉経 歳)
「あり」の場合、最終月経をご記入ください。 ( 年 月 日 ~ 月 日 )	
・ 妊娠している可能性はありますか？	なし ・ あり
・ 授乳中ですか？	なし ・ あり ( 出産日 )

14. 喫煙・飲酒の習慣についてご記入ください。

・ たばこを吸いますか？	吸わない ・ 吸う 卒煙した	( 本/日 ・ 歳から 年 )
・ お酒は飲みますか？	飲まない ・ 飲む	( 毎日 ・ 回/週 )

15. 排泄について該当あればご記入ください。

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 ( )

◎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。