

氏名 _____ 年齢 _____

PET 検査問診票

1. 以前に PET 検査を受けたことがありますか？ いいえ・はい

・はいの場合の検査はいつ頃ですか？（ _____ 年 _____ 月頃 当院・他院で）

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？ いいえ・はい

・はいの場合下欄にご記入ください。（例：肺癌・結核・盲腸・骨折・胃や腸のポリープ等）

病 名	手術（生検含む）	放射線治療	現 状
	年月（有の場合）	年月（有の場合）	
	有・無	有・無	診察中 ・ 内服中 ・ 完 治
	年 月	年 月	
	有・無	有・無	診察中 ・ 内服中 ・ 完 治
	年 月	年 月	
	有・無	有・無	診察中 ・ 内服中 ・ 完 治
	年 月	年 月	
	有・無	有・無	診察中 ・ 内服中 ・ 完 治
	年 月	年 月	

※当院で2度目以上の方は前回からの変わったことのみで可

3. 現在の健康状態について

・最近のけが（外傷）、打撲、転倒などはありますか？ いいえ・はい

・どこかからだに痛み（例：膝関節炎など）はありますか？ いいえ・はい

・甲状腺が腫れている（例：甲状腺腫など）といわれたことはありますか？ いいえ・はい

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？ いいえ・はい

・「はい」と答えた方にお聞きします。

◎ 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○をつけて下さい。

未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬 ・ インシュリン注射

5. 喫煙歴について 喫煙：したことがない・している・やめた（ _____ 年前）

1日の喫煙本数 _____ 本、喫煙期間 _____ 年間

6. 検査にあたってご希望やご意見、または最近気になる症状や医師に伝えたいことなどご記入ください。

[_____]

以下の質問には女性の方のみお答えください。

7. 乳房にしこりや痛みがありますか。 なし・あり（右・左・両側）

8. 生理中ですか。 いいえ・はい・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？ いいえ・はい

・出産歴をご記入ください。 _____ 回（ _____ 年 _____ 月最終出産）

ご協力ありがとうございました