

PET 検査問診票

氏名 _____ 年齢 _____

- 当院以外でPET検査を受けたことがありますか？ いいえ はい(_____ 年 _____ 月頃)
- これまでに病気にかかったことや手術や治療、内服中のお薬はありますか？ いいえ はい
・「はい」の場合は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)
《当院でPET検査を受けたことがある場合は、前回からの変わったことのみで結構です》

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 年 月	有・無 年 月	診察中	内服中	完 治
	有・無 年 月	有・無 年 月	診察中	内服中	完 治
	有・無 年 月	有・無 年 月	診察中	内服中	完 治
	有・無 年 月	有・無 年 月	診察中	内服中	完 治

- 糖尿病または血糖が高いと指摘されたことがありますか？ いいえ はい
「はい」と答えた方
未治療 食事療法 内服薬 インシュリン注射 薬剤名(_____)
最近血糖値 (_____)
- 1ヶ月以内、けが、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（筋肉痛含む）はありますか？ いいえ はい
- 甲状腺を指摘されたことはありますか？ いいえ はい
- 喫煙歴について なし 喫煙中 _____ 禁煙 (_____ 年前)
1日の喫煙本数 _____ 本、喫煙期間 _____ 年間
- 血縁者（2親等以内）で癌の方はいますか？ いいえ はい
- 排便習慣を教えてください 良好 便秘 下痢 内服中 (_____ 日/ _____ 回)
- 粉塵の多い仕事をしたことはありますか？ いいえ はい
- 3ヶ月以内にワクチン接種・ホルモン注射をしましたか？ いいえ はい
注射日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 注射部位 _____
- ペースメーカーや除細動器は入っていませんか？ なし あり
検査にあたってご希望やご意見、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
[_____]

女性の方は裏面もご記入ください

以下は女性の方のみ

(正常な卵巣・子宮に検査薬が集まるので、診断に必要な質問です)

- 乳房にしこりや痛みがありますか？ いいえ はい
(右 左 両側)
- 生理中ですか？ いいえ はい
最終月経の開始日 (月 日頃)
閉経した (歳)
- 現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい
- 授乳中ですか？ いいえ はい
- 出産経験ありますか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました