

患者ID		氏名		性別		生年月日	
------	--	----	--	----	--	------	--

アミロイドPET検査問診票

ご記入日: _____ 月 _____ 日 (できる限り検査前日にお書きください)

・これまでにPET検査を受けたことがありますか? はい ・ いいえ

それはいつ頃で、どこの病院ですか? (_____ 年 _____ 月頃 _____ 病院)

・今までにかかった病気やケガがありますか? はい ・ いいえ

『はい』の場合、ご記入下さい。(例: 肺がんなどの腫瘍、結核、盲腸、骨折、ポリープなど)

・体内に手術やケガで金属がありますか? (例: 脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカーなど)

_____ ある (何が: _____ どこに: _____) ・ いいえ

・どこかに体の痛みはありますか?

_____ はい (どこに: _____) ・ いいえ

・人工肛門、腎瘻などはありますか? はい ・ いいえ

・自己導尿はありますか? はい ・ いいえ