

PET-CT検査問診票

患者ID		氏名		性別		生年月日		年	月	日
------	--	----	--	----	--	------	--	---	---	---

ご記入日: _____ 月 _____ 日

・これまでにFDG-PET検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

いつ頃で、それはどこの病院ですか？ (_____ 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

・最近(6ヶ月以内)のケガ(外傷、動物による噛み傷、かき傷、刺し傷など)、打撲、転倒などはありますか？

_____ はい (いつ: _____ どこに: _____) ・ いいえ

・最近(3ヶ月以内)の注射(筋肉、ワクチン接種、予防接種(特に**インフルエンザ**)などをされましたか？

_____ はい (いつ: _____ 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、腎瘻などがありますか？ はい ・ いいえ

・自己導尿はありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか？ はい ・ いいえ

『はい』の方に伺います。現在の治療法について該当するのはどれですか？

_____ 未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬(_____) ・ インスリン注射