

# PET-CT検査問診票 患者様

ID		予約検査日	年 月 日 ( )
氏名		予約検査時間	午前 午後 時 分

1. 以前にPET、又はPET-CT検査を受けたことがありますか。 有 無  
 前回はいつ頃受けられましたか。 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 頃
2. これまでに病気にかかったことや、手術を受けたことがあれば記入してください。

<b>病名</b>		現在は	治療中 完治
手術（生検含む）	有 無 ( 年 月 )	放射線治療	有 無 ( 年 月 )

<b>病名</b>		現在は	治療中 完治
手術（生検含む）	有 無 ( 年 月 )	放射線治療	有 無 ( 年 月 )

<b>病名</b>		現在は	治療中 完治
手術（生検含む）	有 無 ( 年 月 )	放射線治療	有 無 ( 年 月 )

3. 糖尿病について
- ・糖尿病といわれたことがありますか。 はい いいえ
  - ・「はい」の場合  
 現在の空腹時血糖値をご記入ください。 ( \_\_\_\_\_ mg/dl )  
 現在の治療法はどのようにされていますか 食事療法 内服薬 インスリン注射
4. 喫煙歴について 1日の喫煙本数 \_\_\_\_\_ 本 ・ 喫煙期間 \_\_\_\_\_ 年間
5. 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がありましたら、ご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

6. 女性のみ記入してください。
- ・乳房にしこりや痛みがありますか。 しこり： 有 ( 右 ・左 ・両側 ) 無  
痛み： 有 ( 右 ・左 ・両側 ) 無
  - ・生理中ですか。 はい いいえ ( 前回終了日 / ) 閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳 )
  - ・現在妊娠の可能性について。 有 無

この結果は検査上、診断に非常に役立つ情報となります。ありがとうございました。

以下は記入しなくて結構です。

\*身長 ( \_\_\_\_\_ cm ) 体重 ( \_\_\_\_\_ Kg ) 血糖値 ( \_\_\_\_\_ )

この問診票はPET-CT検査を実行するうえで必須の書類となりますので、ご来院の時に、必ずご持参ください。