

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。

病名		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)

病名		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)

病名		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。