

この問診票は記載の上、検査当日にご持参ください。

P E T - C T 検 査 問 診 票

氏名

(男・女)

年齢

才

以下の問診内容にお答えください。

- ① 以前に、他病院も含めてP E T検査を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)
「はい」の場合は、いつ頃ですか。 (年 月 日)
- ② 手術・放射線治療・化学療法 (抗がん剤) を受けたことがあれば教えてください。

病名	年齢	治療法
		手術・放射線治療・化学療法 (抗がん剤)
		手術・放射線治療・化学療法 (抗がん剤)
		手術・放射線治療・化学療法 (抗がん剤)
		手術・放射線治療・化学療法 (抗がん剤)

- ③ 糖尿病と言われたことがありますか。 (はい・いいえ)
「はい」と答えた方にお聞きます。現在の治療法に○をつけてください。
(未治療 ・ 食事療法 ・ 内服薬 ・ インスリン注射)
- ④ 心臓のペースメーカーやその他の電子機器が体に入っていますか。 (はい・いいえ)
- ⑤ 持続型血糖値測定器 (リブレ) を使用されていますか。 (はい・いいえ)
- ⑥ 閉所恐怖症がありますか。 (狭いところが苦手) (はい・いいえ)
- ⑦ 1週間以内にバリウムを使った検査を受けましたか。 (はい・いいえ)
- ⑧ 30分程度の静止は可能ですか。 (はい・いいえ)
- ⑨ 体の痛む部位がありましたら、ご記入ください。 (部位:)
- ⑩ 3ヶ月以内にワクチン接種を行いましたか? (はい・いいえ)
「はい」の場合 いつ頃 () 注射部位 (右腕 ・ 左腕)
種類 (新型コロナウイルス ・ インフルエンザワクチン ・ その他)

女性の方のみお答えください。

- ⑪ 現在、妊娠の可能性はありますか。 (はい・いいえ)
- ⑫ 現在、授乳中ですか。 (はい・いいえ)
- ⑬ 月経について 閉経 (才) 月経周期 (日)
最終月経 (月 日 ~ 月 日)

以下の質問は検査当日にご記入ください

- ① 最後のお食事はいつ頃ですか。 昨日・今日 午前・午後 時ごろ
その後、水・お茶以外のものを口にしましたか。 (はい・いいえ)
「はい」の場合 いつ頃 ()
- ② 昨日から今日、スポーツや筋肉を使う作業をしましたか。 (はい・いいえ)
- ③ 昨日から今日、下剤を使用しましたか。 (はい・いいえ)
- ④ 糖尿病の方は、本日朝から糖尿病薬を中止しましたか。 (はい・いいえ)
(ビグアナイド系糖尿病薬は2日前から中止)

質問や心配な点がある場合は、検査薬の注射前にスタッフへお伝えください

これより以下は職員が記入します

ロッカーNo		患者データ		投与量 (MBq)	
		身長 (cm)		被曝線量 (mSv)	
待機室No		体重 (kg)		投与時刻	
		血糖値 (mg/dl)		撮影時刻	