

PET/CT 検査問診票

【保険診療・自費診療用】

回答日：令和 年 月 日

氏名： _____ 生年月日： T・S・H 年 月 日 _____ 歳

◆ 下記の質問にお答えください。

問 1. 今回の検査を受けるにあたって、主治医の先生からどのような説明を受けていますか。

PET 検査の目的 (_____)

問 2. 今までに病気をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

病名 (_____) 時期 (_____ 年 _____ 月)

病名 (_____) 時期 (_____ 年 _____ 月)

問 3. 手術をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

病名 (_____) 時期 (_____ 年 _____ 月)

病名 (_____) 時期 (_____ 年 _____ 月)

問 4. 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)

問 5. ご家族（血縁の方）で亡くなった方も含め、がんの方がいますか。 (はい ・ いいえ)

病名 (_____) [父・母・その他 (_____)]

問 6. 喫煙や飲酒の習慣について教えてください。

たばこは吸われますか [はい (_____ 本/日 _____ 年間) ・禁煙した (_____ 年前から) ・いいえ]

お酒を飲む頻度は [毎日 ・時々 ・ほとんど飲まない (飲めない)]

問 7. アレルギーや喘息の既往はありますか。 (はい ・ いいえ)

どのようなアレルギーですか (_____)

喘息について (現在治療中 ・経過観察中)

問 8. 閉所恐怖症はありますか。 (はい ・ いいえ)

問 9. 体内埋め込み装置（心臓ペースメーカーなど）がありますか。 (はい ・ いいえ)

◆ 女性の方のみお答えください。

・現在、月経はありますか _____ ある (閉経していない) ・ 閉経した

「ある」の方のみ _____ 月経周期 (_____ 日)、最終月経日 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)

・現在妊娠の可能性はありますか (はい ・ いいえ)

・授乳中ですか (はい ・ いいえ)