

PET-CT 検査 問診票

記入日 年 月 日

問診票

氏名 様

生年月日 年 月 日 年齢 歳 性別

体重 Kg、 空腹時血糖値 mg/dl *わかる方のみ記入して下さい

以下①～⑨について検査当日までに記入して下さい。

- ① ご自分の体で何か気になることがありますか？ はい () いいえ
- ② 閉所恐怖症はありますか？ はい いいえ
- ③ 植込み型心臓デバイスがありますか？ はい (ペースメーカー その他:) いいえ
- ④ 体内に金属がありますか？ はい (骨折時ボルト等 その他:) いいえ
- ⑤ 大きな病気をしたことがありますか？ はい (病名 時期 年 月頃) いいえ
- ⑥ 手術をしたことがありますか？ はい () いいえ
- ⑦ 糖尿病と診断されたことがありますか？ はい (内服中 インシュリン 食事・運動療法) いいえ
- ⑧ 自己導尿をされていますか？ はい () いいえ
- ⑨ 女性の方にお伺いします。現在、妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ