

## PET-CT (FDG) 検査問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 様 検査日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下の質問にお答えください。

- 身長： \_\_\_\_\_ c m 体重： \_\_\_\_\_ k g
- 今までに腫瘍やがんと診断されたことがありますか。 はい いいえ
- 今までに手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）を受けられたことがあれば教えてください。  
病名（ \_\_\_\_\_ ）いつ頃（ \_\_\_\_\_ ）（手術・放射線治療・抗がん剤）  
病名（ \_\_\_\_\_ ）いつ頃（ \_\_\_\_\_ ）（手術・放射線治療・抗がん剤）
- 2ヶ月以内に皮下注射や筋肉内注射（ワクチン接種、ホルモン注射等）を受けましたか。  
はい いいえ

「はい」の場合 以下にご記入ください。

	新型コロナワクチン	( _____ )	( _____ )
日時	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日	_____ 月 _____ 日
部位（肩、腹壁、殿部等）	(右・左) 肩	(右・左) ( _____ )	(右・左) ( _____ )

- 糖尿病と言われたことがありますか。 はい いいえ  
「はい」の場合 現在の治療法は 無治療 食事・運動療法 飲み薬 インスリン
- 取り外しできない金属が体内にありますか。 はい いいえ
- 閉所恐怖症がありますか。（狭い所が苦手） はい いいえ
- 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
- 日常の動作に介助が必要ですか。 はい いいえ
- 30分程度の静止は可能ですか。 はい いいえ
- 検査予約票の注意事項をすべて確認しましたか。 はい いいえ
- 日中（13時～15時）連絡が取れる連絡先 \_\_\_\_\_ （自宅・携帯 \_\_\_\_\_ ）

女性の方のみお答えください。

- 現在、妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ
- 現在、授乳中ですか。 はい いいえ
- 月経について 閉経（ \_\_\_\_\_ 才） 月経周期（ \_\_\_\_\_ 日） 最終月経（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 事前説明者： \_\_\_\_\_ （説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

以下の質問には検査当日ご記入ください。

- 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・お茶以外を口にされましたか。 はい いいえ  
「はい」の場合 いつ頃（ \_\_\_\_\_ ）何を（ \_\_\_\_\_ ）
- 昨日から今日、スポーツや肉体労働をしましたか。 はい いいえ
- 昨日から今日、下剤を使用しましたか。 はい いいえ

ご本人署名： \_\_\_\_\_

投与装置データ添付欄

以下は職員が記入します。

当日問診者： \_\_\_\_\_

体 重： _____ k g	投与時刻： 午前・午後 _____ 時 _____ 分
血糖値： _____ m g / d l	投与部位： 左・右 _____
投与実施者： _____	