

## 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

●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

何を(                      )

●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●在宅酸素療法（HOT）を行っていますか。      ☐ 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●30分程度の静止は可能ですか。      ☐ はい      ☐ いいえ●着替え・移動・排尿は自力で可能ですか。      ☐ 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 )

ご本人署名： \_\_\_\_\_ (      年    月    日 )