**PET-CT検査問診票(地域医療連携用)**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(男・女)　　年齢　　　歳**

**① 以前に、他病院も含めPET検査を受けたことがありますか？** はい ・ いいえ

・「はい」の場合、いつ頃ですか？　　　　　　　　　　　　（　　　年　　 月ごろ）

**② 狭い場所が苦手ですか？** はい ・ いいえ

**③ 約30分間の検査時間、安静に仰向けで寝ていることができますか？**　 はい ・ いいえ

***●現在の健康状態と病気についてお聞きします***

**① 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

**② これまでに、手術や治療が必要な病気にかかったことや、下記の病気にかかったことがありますか？**

はい ・ いいえ

*治療例：手術、放射線治療、化学療法(ケモ)、入院など*

*病名例：結核、盲腸、骨折、胃や大腸ポリープ、癌など*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病名（例：右肺癌） | 年齢 | 治療法 |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |
|  | 歳頃 | 手術・放射線治療・他（　　　　　　　　　　　） |

**③ 糖尿病とい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します。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 虫歯・歯周病などの歯の痛みがありますか？** はい ・ いいえ

**⑤ 痔・肛門などの痛みがありますか？** はい ・ いいえ

**⑥ リウマチといわれたことがありますか？** はい ・ いいえ

**⑦ 最近のけが、打撲、転倒などありますか？**

はい (どこですか？　　　　　　　　 )・いいえ

**⑧ 体の痛む部位がありましたら、ご記入ください**

( 部位： )