

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: _____)