

# 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す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: \_\_\_\_\_ )