

紹介患者様PET-CT検査問診票

患者様氏名 _____ 様

検査日時 年 月 日 () :

当日担当スタッフ記入欄

身長 _____	体重 _____
血糖値 _____	Mg/dl

◆以下の質問にわかる範囲でお答え下さい。□には、該当する項目に✓印を付けてください

1. 糖尿病・血糖値異常を指摘されていますか？ いいえ はい
2. 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器を使用していますか？ いいえ はい
3. 閉所恐怖症がありますか？ いいえ はい
4. 今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか？ いいえ はい
「はい」の場合 いつ頃 () 病名 ()
5. 今まで手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）をうけたことがありますか？ いいえ はい

「はい」の場合

放射線治療終了は (年 月 日)
化学療法終了は (年 月 日)
手術はいつ頃 (年 月 日)

◆女性の方のみ以下にお答えください。

- 現在妊娠していますか いいえ はい
現在授乳していますか いいえ はい
月経について 閉経 () 月経周期 (日)
最終月経 (月 日 ~ 月 日)

※次の1～3は、当日記入してください

1. 最終の食事は何時頃ですか？ () 時頃
2. 食事の後に、糖分の入った飲料を飲みましたか？ いいえ はい
3. 昨日から現在までに運動をしましたか？ いいえ はい

「はい」と答えた方は以下該当するものに○印をつけてください。

散歩 体操 筋肉労働 水泳 カラオケ マッサージ
その他 ()

PET-CT検査同意書

私は、検査説明を受けて検査内容・注意事項に関して理解しましたので
PET-CT検査を受けることに同意します。

ご署名年月日 年 月 日

※患者様が未成年者、判断能力がないとき、あるいは患者様自身が文字を書けないときには代理人あるいは保護者が下記にご署名ください。
また、上記、患者様氏名欄もご記入ください。

代諾者氏名 (ご署名)

(患者との続柄:)