PET/CT 検査問診票

（患者さま及び医師によるチェック）

以下の問診に記入または〇印でお答えください。**この問診票は，検査当日持参してください。**

氏名	様	ID			
生年月日		年齢	歳	性別	

・①，②に「はい」がある場合，検査が受けられない場合があります。事前に核医学検査室にご相談下さい。

① 注射後 1 時間と検査中 20 分間，一人で安静に寝ることが困難ですか？	いいえ・はい
② 妊娠の可能性はありますか？	いいえ・はい
③ 糖尿病と言われたことはありますか？	いいえ・はい
「はい」とお答えの方へ 現在，治療はされていますか？	食事療法・内服薬・インスリン注射・治療なし
④ PET/CT 検査を受けたことがありますか？	いいえ・はい（　　年　　月頃　　当院・他院　）
⑤ 放射線治療を受けたことがありますか？	いいえ・はい（　　年　　月頃　　当院・他院　）
⑥ 抗がん剤治療を受けたことがありますか？	いいえ・はい（　　年　　月頃　　当院・他院　）
⑦ 1 か月以内にバリウム検査を受けましたか？	いいえ・はい（　　年　　月頃　　当院・他院　）
⑧ アレルギーはありますか？	いいえ・はい（　　）
⑨ 心臓ペースメーカを装着されていますか？	いいえ・はい

・PET 検査に対して，ご質問等があればご記入ください。

年　　月　　日　問診医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊ご不明な点は，担当医師又は下記にお問い合わせください。

島根大学医学部附属病院　放射線部　核医学検査室
電話　0853-20-2438