PET-CT 検査の問診票 <検査当日にお持ちください>

東近江市蒲生医療センター

検査日時:	年	月		(曜日)			
■ 以下の質問は、 上、検査当日に								
ださい。								
1.今回PET-CT核	食査を受け	るきっか	かけとか	った病	気や過去に	かかった痕	写気につ)いてご記り
1. 7回に1907版 ください。	· · · · · × //	J C 71	., _ '&	- , C/M		v /C/		10/
病名	治療	 前ですか	、治療領	 发ですた	いいつ頃、	、どんな治	療を受	けましたか
	□治療	·			口手術	- (年	月)	
	□現る	生治療中			口化学	療法		
_)歳	頃治療し	<u>た</u>	□放射;	線治療(年	月)
過去の病気	治療・	 中ですか	`、治療領	 <u></u>	n いつ頃、	、どんな治	療を受	けましたか
	□治纲		 示□	台療後			(年頃)
	□治療	 寮中	 □ %	台療後			(年頃)
	□治纲		 示□	台療後			(年頃)
_	□治療			台療後			(年頃)
	<u> </u>				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
2. 以下の質問に								
体内に心臓ペース細動器などがあり		"埋め込。	4型除	口ない	1	□ある		
糖尿病があります	ナか			口ない		□ある		
1か月以内に予防接種を受けましたか			□受1.	けていない	□受けた (注射部)	
定期的に皮下注射や筋肉内注射をしてい			ロして	こいない	口してい	-		
ますか					(注射部	3位:)	
3か月以内にけが、打撲、転倒などありましたか			口ない	`	□ある (部位:		\	
<u>したか</u> 30分の検査の間、		れますが	<u></u>	□はい	1	(部址: □いいえ)
		· - · · · · /						

\sim	女性の方のみお答え	/ / 1 1
٠,	カ 州 ハ 〒 ハ	/ + + 1 \

	現在、月経はありますか	□ある(閉経し	ていない) 口閉経した	
「ある」	月経周期(最終月経日)	日 (月 日~ 月 日])
の方のみ	現在、妊娠の可能性はありま	口ない	□ある	
	すか			
	授乳中ですか	□いいえ	□はい	

4.	以下の質問には検査当日に検査室でご記入	ください。
----	---------------------	-------

水又はお茶(500ml程度)を持参してきま	□いいえ	□はい	
したか			
最終のお食事はいつ頃ですか	昨日・今日	午前・午後	時ごろ
最終のお食事以降、お菓子を食べたり、糖分	□いいえ	□はい	
を含んだ飲物を飲まれたりしましたか			
昨日から今日の検査までの間に運動をされま	□いいえ	□はい	
したか			
「PET-CT検査を受けられる方へ」をお読み	□理解した	□疑問があ	る
になりご理解いただけましたか			

「PET-CT検査を受けられる方へ」をお読みのうえで、疑問や心配な点がある場合は、お薬を注射する前にスタッフにお伝えください。

技師・看護師使用欄

患者氏名: 体重: kg 投与量: MBq	
注射前の血糖値: mg/dl 注射部位() 担当者:	