

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

お名前：				
検査日時：	年	月	日	（ 曜日）
				時 分

■ 以下の質問は、正確に診断するために必要な事項ですので、該当する項目にご記入の上、検査当日に必ずお持ちください。 □に✓を入れ、該当する（ ）や空欄にご記入ください。

1. 今回PET-CT検査を受けるきっかけとなった病気や過去にかかった病気についてご記入ください。

病名	治療前ですか、治療後ですか	いつ頃、どんな治療を受けましたか
	<input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> （ ）歳頃治療した	<input type="checkbox"/> 手術（ 年 月） <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療（ 年 月）

過去の病気	治療中ですか、治療後ですか	いつ頃、どんな治療を受けましたか
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後	（ 年頃）
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後	（ 年頃）
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後	（ 年頃）
	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後	（ 年頃）

2. 以下の質問にもお答えください。

体内に心臓ペースメーカーや埋め込み型除細動器などがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
糖尿病がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
1か月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた （注射部位： ）
定期的に皮下注射や筋肉内注射をしていますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している （注射部位： ）
3か月以内にけが、打撲、転倒などありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （部位： ）
30分の検査の間、寝ていられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
狭いところが苦手ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

