

アミロイドPET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 _____

下記の質問に□のところには✓を入れ、該当するする項目は丸で囲んでください。また必要に応じて文字でお答えください。本用紙は検査当日必ずご持参ください。

1. これまでにアミロイドPET検査を受けたことがありますか。
 なし→質問 3 へ
 あり→質問 2 へ
2. アミロイドPET検査時副作用はありましたか
 なし
 あり：吐き気 嘔吐 発疹 くしゃみ 呼吸困難 胸痛 血圧低下
その他 ()
3. アレルギー性の病気はありますか
 なし
 あり：気管支喘息 蕁麻疹 アレルギー性鼻炎 花粉症 アトピー
4. 狭いところが苦手ですか
 はい いいえ
5. 30分の検査の間、横になっていられますか
 はい いいえ

～女性の方にお伺いいたします～

6. 妊娠している可能性はありますか
 はい いいえ
7. 現在、授乳中ですか
 はい いいえ

技師・看護師使用欄

患者氏名：	担当者：