

PET検査に関する問診票

| | | | | | |
|------|--|------|---|------|--|
| フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | ID番号 | |
| 氏名 | | 生年月日 | (明・大・昭・平) 年 月 日 (満年齢 歳) | | |
| 住所 | | | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | | | |

PET検査に際して、下記に該当する項目に必要な事項をもれなく記入してください。

1, 現在治療中の病気、今までかかった病気がありましたらご記入ください。

| 病名 | どんな治療を受けましたか? | | | | |
|----------|---|--|--------|--|--|
| 発病 (歳) | 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 薬() | その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 | 本日内服 : <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | | |
| 発病 (歳) | 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 薬() | その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 | 本日内服 : <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | | |
| 発病 (歳) | 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 薬() | その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 | 本日内服 : <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | | |
| 発病 (歳) | 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 薬() | その他() | | |
| | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治癒 | 本日内服 : <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | | |

2, 糖尿病がありますか?..... はい → 経口薬(飲み薬) ;薬名()
 注射薬(インシュリン) ;薬名()
 いいえ

3, 体内に金属がありますか?..... はい → ペ-メ-カ 義歯(上・下)
 その他()
 いいえ

4, 閉所恐怖症がありますか?..... はい いいえ デパス内服()

5, 女性の方にお聞きします。

・ 現在妊娠の可能性がありますか?..... はい いいえ
 ・ 最終月経..... 年 月 日 ~ ()日間 ※()日周期

PET/CT検査室記入欄(ここからは記入不要です)

| | | | | | |
|--|---|---|-----|----|----|
| 6時間以上の絶食 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 | 運動の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | FDG投与時間; : | 身長 | cm | 血圧 |
| 最終食事時間 | 検査同意書記入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | FDG設定量; MBq | 体重 | Kg | 脈 |
| 甘い飲み物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 注射部位 | FDG計測量; MBq | BMI | | 血糖 |
| | | IV 漏れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |

この問診票に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません。



PET/CT検査室

〒904-2143 沖縄市知花6丁目25番15号(コンシェル知花内)
 TEL.098-939-1302 FAX.098-939-1309

<http://www.nakagami.or.jp>