

# PET-CT検査問診票

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

PET-CT検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。

今までにPET-CT検査を受けたことがありますか？ いいえ はい わからない

「はい」と答えられた方のみお答え下さい。どちらの施設でPET検査を受けられましたか？

( 年 月ごろ 施設名 )

①「血糖が高い」または「糖尿病」と言われたことがありますか？ いいえ はい わからない

「はい」と答えられた方は現在治療をなさっていますか？ いいえ はい わからない

「はい」と答えられた方はどのような治療をなさっていますか？

(食事療法・内服治療・インシュリン投与)

②たばこは吸われますか？ いいえ はい

③女性の方にお伺いします。妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい わからない

※現在、授乳中ですか？ いいえ はい

④小さなお子様(乳幼児)が自宅にいらっしゃいますか？ いいえ はい

⑤今まで病気で入院されたり手術されたことはありますか？ いいえ はい

病名	かかった時期	どのような治療をしたか
	・現在治療中 ・( ) 歳頃	

⑥心臓ペースメーカー等の体内機械を埋め込んでいますか？ いいえ はい わからない

⑥.PET検査を受ける上で何かあればお書き下さい。

## 《検査当日お書きください。》

起床してから何か食べられましたか？ いいえ はい

いつごろ、何を食べましたか？ ( 時頃 )

起床してから何か飲まれましたか？水のみの方は結構です。 いいえ はい

いつごろ、何を飲みましたか？ ( 時頃 )

記入者氏名 \_\_\_\_\_

本人以外が記入した場合(続柄: ) \_\_\_\_\_

検査日: 年 月 日 身長: cm 体重 kg

※お問い合わせは札幌東徳洲会病院 放射線科(Tel011-722-1110 内線2111)まで