

PET-CT 検査問診票

氏名 _____ (男・女) 年齢 () 歳

本人が記入できない場合、代理人の記入をお願いします。

代理人氏名 _____ 本人との続柄 ()

★PET-CT 検査に際し、下記の該当する項目にもれなく、記入または○印をつけてください。

1. 本日、PET-CT 検査のため4時間以上の絶食をしていますか。 はい・いいえ
2. 本日、検査のための水分400～500ml(コップ2、3杯)を摂られていますか。 はい・いいえ
3. 最近、スポーツ等の運動や登山、ハイキングなどをされましたか。 はい・いいえ
「はい」の方は、具体的にいつ何をされたかご記入ください。

いつ頃 _____ 何を _____

4. 糖尿病と言われたことがありますか。 はい・いいえ
「はい」の方は、現在の治療法に○印をつけてください。

内服・インスリン・食事療法
インスリン治療中の方は、最終のインスリンの使用日時をご記入ください。

_____ 月 _____ 日 _____ 時頃

5. ペース・メーカーを装着されていますか。 はい・いいえ
6. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠している可能性がありますか。(「はい」の方は原則禁忌です) はい・いいえ
現在、生理中ですか。 はい・いいえ
現在、授乳中ですか。(「はい」の方は24時間授乳中止です) はい・いいえ
乳房にしこりや痛みを感じたことがありますか。 はい・いいえ

7. 検査のために必要となりますので、現在の身長・体重を記入してください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

8. 現在治療中の病気がありますか。 はい・いいえ
はいの場合・病名()

9. これから受ける PET-CT 検査について、何か気になることがありましたらご記入ください。
()

この問診票は記載のうえ、検査当日に御持参下さい。

この問診票に記載されている個人情報は、PET-CT 検査目的だけに使用します。

◆◆検査に問するお問い合わせ、変更は下記までご連絡下さい◆◆

宮崎大学医学部附属病院 総合予約室

TEL (0985) 85-1225