

# PET-CT検査問診票および同意書

◆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

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 ( )

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

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、運動をされましたか。(スポーツ・登山・水泳など) 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」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. 閉所恐怖症や暗所恐怖症はありますか。                                |   |     | はい・ いいえ |
| 7. 入れ歯(着脱できる義歯)はありますか。                               |   |     | はい・ いいえ |
| 8. 現在、治療中の病気はありますか。<br>「はい」の場合 病名( )                 |   |     | はい・ いいえ |
| 9. 女性の方にお聞きます。<br>・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、生理はありますか。<br>「はい」の場合、最終月経日をご記入ください。              |   |     | はい・ いいえ |
| ・現在、授乳中ですか。(「はい」の方は24時間は授乳中止です)                      | 月 | 日から | 日間      |
| ・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 |

◆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。

## PET-CT検査同意書

令和 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院長 殿

私は、PET-CT検査説明書の内容を理解した上で、検査を受けることに同意します。  
また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、それを受けることを了承します。  
予約のキャンセルは前日の正午(12:00)までに総合予約室へ連絡を行います。  
それ以降にキャンセルした場合、検査薬購入費(約5万円)が請求されることについて同意します。

フリガナ	本人が署名できない場合は、親権者または扶養義務のある方が署名して下さい。
患者氏名	代筆者氏名  本人との続柄( )