

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。 はい・ いいえ
「はい」の場合 病名()
9. 女性の方にお聞きます。
・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、生理はありますか。 はい・ いいえ
「はい」の場合、最終月経日をご記入ください。 月 日から 日間
・現在、授乳中ですか。(「はい」の方は24時間は授乳中止です) 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

◆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()