

# PET検査 問診表

分かる範囲内で記入または、□にチェック、該当項目に丸を書いてください。  
正確な診断と安全に検査を受けていただくための必要な情報です。ご協力をお願いいたします。

氏名 \_\_\_\_\_ 様      年齢 \_\_\_\_\_ 才

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | 体調はいかがですか  | <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い  |
| 2 | 最終食事時間はいつですか   | 月      日    午前・午後      時      分  |
| 3 | 本日注射をしたり、内服している薬はありますか<br><b>★糖尿病の薬以外は、食事を食べなくても内服してください</b> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>使用した薬の名前  |
| 4 | 検査前日、運動・散歩などしましたか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>時間<br>運動の種類   |
| 5 | 喫煙歴はありますか  | <input type="checkbox"/> 吸っている<br>1日      本      年間<br><input type="checkbox"/> 吸っていた<br>1日      本      年間      歳まで<br><input type="checkbox"/> 吸ったことなし  |
| 6 | 現在、通院中の病気について記入して下さい   | 病名<br>.<br>_____<br>.<br>_____<br>.<br>_____   |
| 7 | 今までの既往歴を記入して下さい  | 病名                      時期                      治療内容<br>.<br>_____<br>薬      手術      放射線<br>.<br>_____<br>薬      手術      放射線<br>.<br>_____<br>薬      手術      放射線<br>.<br>_____<br>薬      手術      放射線<br>.<br>_____<br>薬      手術      放射線 |
| 8 | 閉所恐怖症はありますか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
| 9 | 30分くらいあお向けでじっとしていられますか                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 10 | アレルギーはありますか   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>種類 <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>  |
| 11 | 入れ歯(取れる歯)がありますか   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 12 | 体内に金属がありますか<br>★心臓ペースメーカーが挿入されている方は、<br>検査当日にペースメーカー手帳<br>をご持参ください★ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>種類<br><input type="checkbox"/> はずせる入れ歯 <input type="checkbox"/> クリップ<br><input type="checkbox"/> ボルト <input type="checkbox"/> 安全ピン<br><input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊リング<br><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>  |
| 13 | 1ヶ月以内に予防接種を受けていますか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>時期 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/><br>注射部位 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>   |
| 14 | 現在、身体の痛みや腫れている部位はありますか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↓<br>部位と程度 <input style="width: 200px; height: 40px;" type="text"/>   |
| 15 | 女性の方にお伺いします   | 1 現在月経はありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 閉経した<br>「ある」と答えられた方にお伺いします<br>2 月経周期 <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順<br>3 最終月経 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで<br>4 月経痛 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし<br>5 月経過多 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし<br>6 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし<br>8 豊胸術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>9 経口避妊薬を使用していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

★ご自分の身体のことや本日受けるPET検査について、気になることなどありましたらご記入ください★

ご協力ありがとうございました

この問診表は記載の上、検査当日にご持参ください

また、問診表に記載されている個人情報、PET検査目的のみに使用します

検査に関する問い合わせは、下記までご連絡ください

自動車事故対策機構 千葉療護センター PET診療部 電話:043-277-0081