

# FDG-PET/CT検査問診票

患者ID		氏名		生年月日		性別/年齢	/
検査日時				診療科			

PET-CT検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

## 問 診 項 目

1. 現在の身長と体重を記入して下さい。

身長 \_\_\_\_\_ cm                      体重 \_\_\_\_\_ kg

2. 今までにPET検査を受けたことがありますか？

いいえ             はい      (いつ頃:                      年                      月)

(どこで:    当院                       他院 )

3. 心臓ペースメーカーまたはICD（植込み型除細動器）等を体内に植込んでいますか？

いいえ             はい      ※「はい」と答えた方は検査当日手帳を持参してください。

4. 狭いところが苦手（閉所恐怖症）ですか？

いいえ             はい

5. 約30分間の撮影時間中、安静に仰向けで寝ていることができますか？

いいえ             はい

6. 糖尿病と言われたことがありますか？

いいえ             はい

※「はい」と答えた方は現在の治療法についてお答えください。

(  未治療     食事療法     内服薬療法     インスリン注射療法 )

7. 下記の薬を服用されていますか？

服用されている場合は、検査当日朝から検査終了まで服用を中止してください。

いいえ             はい      (  ジャディアンス     フォシーガ )

8. 女性の方にお伺いします。

現在、授乳中、妊娠している、またはその可能性がありますか？

いいえ             はい      (  授乳中     妊娠中     妊娠の可能性あり )

この問診票に記載されている事項は、検査の情報として使うものであり、それ以外には使用いたしません。

【問診票】/甲/放射/PET/201909