

様

アミロイドPET/CT検査に関する問診票

回答日： 年 月 日

問 1. 今までにPET検査を受けたことはありますか。 はい いいえ

「はい」の方 いつ頃、どこの施設で検査をしたか、わかる範囲でご記入ください。

高松赤十字病院 年 月
 その他 () 年 月

問 2. 過去にアミロイドPET検査で副作用がでたことがありますか。 はい いいえ

問 3. アルコール、お酒に対しアレルギーや過敏症はありますか。 はい いいえ

問 4. 検査時に何かお手伝い（介助）は必要ですか。 はい いいえ

「はい」の方
 内容：

問 5. 移動方法についてお尋ねします。

独歩 杖や歩行器などの補助具を使用 車椅子 ストレッチャー

問 6. 約30分の撮影時間中、安静に仰向けで寝られますか。 はい いいえ

「いいえ」の方
 理由：

問 7. 体内に金属が入っていますか。 はい いいえ

「はい」の方 体内金属の種類
 ペースメーカー・ICD・脳動脈瘤のクリップ・入れ歯・その他()
 ペースメーカー・ICDが入っている方はペースメーカー手帳をご持参ください。

<ここから下は女性の方のみご記入ください>

問 8. 現在妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ

問 9. 授乳中ですか。 はい いいえ

※「はい」の方は、検査後24時間以内の授乳は、控えてください。

ご記入いただいた内容は、検査・診断以外の目的には使用いたしません。

高松赤十字病院 放射線科部 核医学（RI）検査室

===== (病院側使用欄) =====

Consultation date	/ /	Room	1 · 2 · 3
Transfer	歩行・車椅子・ストレッチャー	Attendant	無・有 ()
Injection site	R · L	BW	kg
肘・前腕・手背・other ()		《 <i>Ns. signature</i> 》	