

様

## FDG-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. 糖尿病、血糖値が高いと言われたことがありますか。  はい  いいえ  
 「はい」の方 HbA1c( ) 空腹時血糖値( mg/dl )
- 問 3. 現在糖尿病、高血糖の治療を受けていますか。  はい  いいえ  
 「はい」の方  
 (食事運動療法・インスリン注射・経口糖尿病薬： )
- 問 4. 手術、抗がん剤・化学療法、放射線治療、ホルモン治療を受けたことがありますか。  
 はい  いいえ  
 「はい」の方 わかる範囲で、治療した時期・病名をご記入ください
- 問 5. そのほか、治療を受けている病気はありますか。  はい  いいえ  
 「はい」の方 治療の内容をご記入ください
- 問 6. 現在気になる症状はありますか。  
 最近の怪我や打撲、転倒、どこか痛いところ (虫歯や歯周病、痔や肛門の痛み、  
 関節・筋肉痛 など) はありますか。  はい  いいえ  
 「はい」の方 内容や症状をご記入ください

問 7. 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 8. 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 9. 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 10. 最近 1 週間以内に胃や大腸のバリウム検査や内視鏡検査を受けましたか。

はい       いいえ

「はい」の方 検査日( 月 日 ) 検査名( \_\_\_\_\_ )

問 11. 最近（数ヶ月以内） ワクチン接種を受けましたか。       はい       いいえ

「はい」の方

ワクチンの種類( \_\_\_\_\_ ) 接種日( 月 日 ) 部位( 右 ・ 左 )

問 12. 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 13. 生理はありますか（閉経していませんか）。       はい       いいえ・閉経後  
以下、問13で「はい」の方はお答えください。

問 14. 生理周期について。

規則性（ 順調 ・ 不順 ）      生理周期（ \_\_\_\_\_ 日周期 ）

最終月経はいつ頃ですか？（ 月 日 ~ 月 日頃 ）

問 15. 現在妊娠の可能性はありますか。       はい       いいえ

問 16. 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	Attendant	無 ・ 有 ( )
Last meal		BH	cm
yesterday ・ today	:	BW	kg
BP	/ mmHg	Injection site	R ・ L
P	/ min	肘 ・ 前腕 ・ 手背 ・ other ( )	
Dexter		《 Ns. signature 》	