**アミロイドPET検査　問診票**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ） 　　　年齢　　　歳

（身長：　　　　ｃｍ）　　（体重：　　　ｋｇ）　　（検査実施日：　　　　　　　　　）

以下の質問にお答えください。

* アミロイドＰＥＴ検査を受けたことがありますか？ 　　　　（ いいえ・はい ）

上記で「はい」の方　→　その際、具合が悪くなったことがありますか？

（ いいえ・はい {症状：　　　　　　　　} ）

* 頭部に金属はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ いいえ・はい ）

上記で「はい」の方

→（脳動脈クリップやステント・入れ歯・かつら ・ {その他：　　　　　　　　} ）

* アルコールやお酒に対し、アレルギーや過敏症はありますか？　（ いいえ・はい ）
* 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　）

* 狭い所は苦手ですか？ 　 　 　（ いいえ・はい ）
* 約20分間、安静に寝ていることができますか？　 　 　 （ はい・いいえ ）

女性の方はお答えください。

* 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ （ いいえ・はい ・不明 ）
* 現在、授乳中ですか？ 　　　　　　　（ いいえ・はい ）