**PET－CT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（検査当日にお書きください）。

* PET検査を受けたことがありますか？ （ いいえ・はい ）
* 最近、怪我や打撲を受けましたか？ （ いいえ・はい {部位：　　　　　　　　　} ）
* 検査前日から、激しい運動をしましたか？ （ いいえ・はい ）
* 最近バリウム検査を受けたことがありますか？ （ いいえ・はい ）
* 最近手術を受けたことがありますか？ （ いいえ・はい {部位：　　　　　　　　　} ）
* 放射線治療を受けたことがありますか？ （ いいえ・はい {部位：　　　　　　　　　} ）
* 化学療法を受けたことがありますか？ （ いいえ・はい ）
* 体内にペースメーカーや動脈瘤クリップはありますか？（ いいえ・はい {部位：　　　　　　　　　} ）
* 体内に人工肛門や腎瘻はありますか？ （ いいえ・はい ）
* 狭い所は苦手ですか？ （ いいえ・はい ）
* 最後の食事は何時頃ですか？ （ 前日・当日の 　　　時頃 ）
* 糖尿病と言われたことはありますか？ （ いいえ・はい ）
* 糖尿病の方は治療法をお書きください。 （ インスリン・食事療法・内服薬 ）

※薬剤名

● 約30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 ）
* 現在、生理中ですか？ （ いいえ・はい ）
* 最終月経開始日 （　　　　月　　　　日・閉経 ）

～～～～～～～～～～～～～～～～　以下は当院にて記入いたします　～～～～～～～～～～～～～～～～

○安静時血糖値 （　　　　　　　　　　ｍｇ/ｄｌ）

○その他特記事項

 　　市立札幌病院RI検査室

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel (011)726-2211（内線5351）