

患者カナ氏名

生年月日

患者ID

FDG-PET/CT検査問診票

検査日 年 月 日 投与予定時間 時
様

FDG-PET/CT検査の安全な実施と正確な診断を行うために太枠内の事項にご回答ください。

最後に水以外の飲食物(アメ、ガムを含む)を召し上がったのはいつです 昨日 今日()時頃

当日または前日に運動をしましたか? していない した

一ヶ月以内にバリウムを使った検査を受けましたか? 受けていない 受けた

一ヶ月以内にワクチンの接種を受けましたか? 受けていない 受けた

閉所恐怖症はありますか? なし あり

仰向けで15分程度の安静は保てますか? 保てる 保てない

水分制限はありますか? なし あり

トイレなどの日常生活に介助は必要ですか? 不要 必要

糖尿病はありますか? なし あり

「あり」とお答えの方への質問

本日は糖尿病治療薬(インスリン注射を含む)を服用されていますか? していない した

体内金属やペースメーカーがありますか? なし あり

今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか? なし あり

「あり」とお答えの方への質問

病名()いつ頃() 病名()いつ頃()

今まで手術、放射線治療、化学療法を受けたことがありますか? なし あり

「あり」とお答えの方への質問

手術はいつ頃ですか? (年 月頃)

放射線治療終了はいつ頃ですか? (年 月頃)

化学療法終了はいつ頃ですか? (年 月頃)

◇以下女性の方のみご回答ください。

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか? なし あり

現在授乳していますか? いいえ はい

月経周期は順調ですか? 不順 順調()日周期

最終月経 月 日 ~ 月 日

閉経は何歳ですか? ()歳

私は、問診票の記載に間違いがないことを確認しました。
年 月 日 時

患者氏名

スタッフ記載欄

身長 cm 体重 Kg 血糖値 mg/dl 測定時刻 :

測定者氏名