



アミロイドPET検査問診票（アミヴィッド）

検査日

投与予定時間

様

アミロイドPET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。

過去にアミロイドPET検査を受けたことがありますか。

☐ ない☐ あり

アレルギーはありますか？

☐ ない☐ あり

アレルギー名

アルコール過敏症はありますか？

☐ なし☐ あり

閉所恐怖症はありますか？

☐ なし☐ あり

仰向け20分程度の安静は保てますか？

☐ 保てる☐ 保てない

トイレなどの日常生活に介助は必要ですか？

☐ 不要☐ 必要

必要な方は付きを添いお願いします

体内金属やペースメーカーがありますか？

☐ なし☐ あり

感染症はありますか？

☐ なし☐ あり

感染症名

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？

☐ なし☐ あり

現在、授乳中ですか？

☐ いいえ☐ はい

() 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

検査スタッフ記載欄

身長

cm

体重

Kg

血糖値

mg/dl

測定時刻

:

測定者氏名