

PET/CT 検査 問診票

平成 年 月 日

氏名 _____ 才 男・女

PET/CT 検査にあたり、別紙説明書をお読みいただき、以下の質問にお答えください。
また、この問診票は検査直前、もしくは検査当日の朝にご記入ください。

【□の当てはまる項目にチェックし、カッコ内をご記入下さい】

● 最後に食べ物を召し上がったのはいつですか □昨日 □本日 () 時頃

その後、水・お茶以外のものを口にされましたか □はい □いいえ

「はい」の場合 いつ頃() 時頃 何を()

● 昨日から現在までスポーツや筋肉を使う作業をしましたか □はい □いいえ

● 今日、注射や点滴を受けましたかまたは、受ける予定がありますか □はい □いいえ

● 1～2 週間以内にバリウムを使った胃や腸の検査を受けましたか □はい □いいえ

● 今までに心臓ペースメーカーを植え込む手術を受けられたことがありますか □はい □いいえ

● 今までに糖尿病と言われたことがありますか □はい □いいえ

「はい」の場合 現在の治療法は □無治療 □食事・運動療法 □飲み薬 □インスリン

● 閉所恐怖症がありますか □はい □いいえ

女性の方のみ以下にお答えください

● 現在妊娠していますか □はい □いいえ

● 現在授乳していますか □はい □いいえ

● 現在生理中ですか □はい □いいえ □閉経

● 最終月経開始日 (月 日)

- 最近、生検や細胞診をしましたか？ はい いいえ
※生検、細胞診とは…針などを用いて、病変（腫瘍）から一部組織や細胞を採取して、病理検査をし、病気の診断を行うことです。
「はい」の場合 いつ頃（ 年 月 部位 ）

- a.化学療法を受けましたか？ はい いいえ
※ここでの化学療法とは、抗がん剤を使って、がん細胞を攻撃する治療の事を指します
「はい」の場合 実施された日（ 年 月 ）

- b.上記質問の「化学療法を受けましたか？」の問いに「はい」の方のみ記入下さい。
2週間以内に白血球などを増やす薬（G-CSF(グラン・ノイアップ・ノイトロジンなど)の投与は受けましたか？
はい 実施された日（ 年 月 ）
いいえ
わからない

- 放射線治療を受けましたか？
※放射線治療とは…主に高エネルギーの放射線を繰り返し同じ病巣に照射することによって、腫瘍や癌の治療をする事など（CT・レントゲンではありません）
はい 実施された日（ 年 月 ）
いいえ

- 受診1週間前から前日までに下痢や便秘、下剤の使用等がありましたか？
はい いいえ

- 本日の体調はいかがですか？ 良 い・普 通・悪 い

- 本日、自覚症状があれば、ご記入ください
発熱・咳・喉の痛み・胸痛・胃痛・頭痛
歯・歯ぐきの痛み・その他（ ）

- 今回の PET の検査の結果について、紹介元で説明をお聞きになる日付が決まっていますか。決まっていれば日付を記載ください。
決まっていない・決まっている（ 月 日 ）

- その他
何かお尋ねになりたいことがございましたらご記入ください
〔 〕