

P E T - C T 検査問診票

カナ		生年月日	年	月	日
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	

P E T - C T 検査の診断精度を高めるため、次の質問にお答えください。

にチェックし、(_____) にご記入ください。

* 質問 1 ~ 3 は検査当日に PET-CT 検査受付でご記入ください。

- 質問 1. 本日、PET-CT 検査のために 5 時間以上の絶食をしていますか。
 はい いいえ
2. 昨日、激しい運動や下剤の服用をしましたか。
 はい (運動 下剤) いいえ
3. 本日 (検査当日) の体調はいかがですか。
 よい ふつう わるい
4. PET-CT 検査を受ける目的は何ですか。
 検診 現在の状態を知る その他 (_____)
5. 当院を受診したことがありますか。
 はい (ID 番号 _____) いいえ
6. 5 で「はい」と答えられた方に伺います。その治療はされましたか。内容もお教えてください。
(_____)
7. 手術をしたことがありますか。
 はい (病名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月頃) いいえ
8. 5 年以内に がん検診や P E T 検診を受けたことはありますか。
 はい (病名 _____ 時期 _____ 年 _____ 月頃) いいえ
9. 糖尿病と診断されたことはありますか。
 はい (内服治療中 インスリン 食事・運動療法) いいえ
10. たばこは吸われますか
 はい (_____ 本/日 _____ 年間) 禁煙した (_____ 年前から) いいえ
11. 女性の方にお伺いします。現在 妊娠している可能性はありますか。
 はい (主治医にご相談ください) いいえ
12. 女性の方にお伺いします。最終月経 (生理) はいつですか。
 (H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) 閉経した

この問診票に記載されている個人情報は、検査目的のみに使用し、他の目的には利用いたしません。

社会福祉法人 恩賜財団
済生会今治病院 院長