

アミロイドPET-CT検査問診票

カナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名		性別	☐ 男	☐ 女		

アミロイドPET-CT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★は検査が行えない可能性がありますので110番核医学検査受付に連絡してください。

- 質問1. 検査撮影の30分間、安静にあおむけ(天井向き)の姿勢がたもてますか。
☐ はい ☐ いいえ ★(検査が行えませんでしたので連絡)
2. 主治医に抗アミロイドβ抗体薬治療の内容、安全性に関する説明を受けており、治療を受ける意思がありますか。
☐ はい ☐ いいえ ★(検査が行えませんでしたので連絡)
3. 昨日、今日激しい運動をしましたか。
☐ はい ☐ いいえ
4. アミロイドPET-CT検査を受ける目的は何ですか。
☐ 精密検査 ☐ 効果判定 ☐ 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. 頭部に機器や金属がありますか。
☐ はい(脳動脈瘤クリップ・入れ歯・カツラ・その他) ☐ いいえ
9. アルコール、お酒に対しアレルギーや過敏症がありますか。
☐ はい(具体的な内容) ☐ いいえ

検査薬(ビザミル静注)には、

添加物として日本薬局方無水エタノール 0.14mL が含まれています。

★アルコール過敏症ではないかの確認をお願いします。

10. 閉所恐怖症(狭いところが苦手)はありますか。
☐ はい(★はいの方はアミロイドPET検査が行えません) ☐ いいえ
11. 付添い者が同伴出来る。(原則アミロイドPET-CT検査は同伴)
☐ はい ☐ いいえ(付添い者が同伴出来る日程に変更してください)
12. 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

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