

PET 検査 問診票 (保険診療・自費診療用)

ふりがな

回答日： 年 月 日

氏名：

身長： cm 体重： kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問1. ご病気について、主治医の先生から受けた説明を教えてください。

(ア) 病名、異常所見 (例：「〇〇癌と診断された」「〇〇転移の疑い」「肺に影がある」など)

(イ) 治療内容 (あてはまるものを選んでください)

手術 ・ 抗がん剤治療 ・ 放射線治療 ・ ホルモン治療 ・ 未定 (今後決まる予定)

(ウ) 症状はありますか (例：「体の痛み」「咳・痰が出る」など)

問2. これまでの手術や治療・入院した病歴を、すべてご記入ください。

(例：癌などの腫瘍、虫垂炎、骨折、前立腺肥大、心臓カテーテル等)

病名	時期	治療法
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()
	年 / 歳頃	手術・放射線治療・抗がん剤・その他 ()

問3. 現在服用している薬はありますか。

はい (薬名：) いいえ

※お薬手帳、またはお薬の内容がわかるものがあれば提出をお願いします。

問4. 糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ、現在の治療に○をつけてください

(内服薬 ・ インスリン注射 ・ 食事療法 ・ 未治療)

問5. 心臓のペースメーカー、その他の電子機器が体に入っていますか。

はい いいえ その他 ()

問6. 閉所恐怖症 (狭いところが苦手) がありますか。

はい いいえ

※裏面へつづく→

問7. 1ヶ月以内に注射（筋肉、ワクチン接種、ホルモン注射など）をされましたか。

はい いいえ

※「はい」と答えた方のみ回答ください。

時期： 月 日

接種部位： 右腕 ・ 左腕 ・ その他（ ）

種類： 新型コロナワクチン ・ インフルエンザワクチン ・ その他（ ）

問8. 最近のけが（外傷、動物による咬み傷、かき傷など）、打撲、転倒などがありますか。

はい（どこに： いつ： ） いいえ

問9. この1年間で特定健診または長寿健診を受診されましたか。

受診した（受診時期： 年 月） 受診していない

⇒異常はありましたか？

あり ・ なし

（異常を指摘された内容： ）

問10. ご家族（血族の方）にがんの方はいらっしゃいますか。

はい →どなた（ 父 母 兄 姉 弟 妹 その他： ） いいえ
部位（ ）

問11. 喫煙・飲酒の習慣について教えてください。

- ・タバコ : 喫煙歴なし 吸う・吸っていた（ 1日 本 年間 ）
- ・アルコール : 飲まない 飲む（ 毎日 ・ 時々 ）

問12. 薬や食品等でアレルギーを起こしたことはありますか。

あり（下に記入をお願いします） なし

{ }

問13. 《女性の方へ》該当するものをお選びください

閉経している ・ 生理がある（最終 月 日～ 月 日）

妊娠中 ・ 授乳中

帝王切開の有無（ あり ・ なし ）

<以下は検査当日にご記入ください>

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。
診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカード あり ・ なし

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する ・ 同意しない

- ・最終のお食事はいつ頃ですか。 昨日 ・ 今日（午前 時頃）
- ・最終のお食事以降に糖分の入った飲み物を飲みましたか。 はい ・ いいえ
- ・今日は、お薬を内服・注射されていますか。 はい ・ いいえ
- ・昨日から今日にかけて、運動をされましたか。 はい ・ いいえ
- ・昨日から今日にかけて、下剤を使用されましたか。 はい ・ いいえ
- ・昨日から今日にかけて、便秘や下痢をされていますか。 はい ・ いいえ