

PET 検査 問診票 (検診用)

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

(※再診の方は前回 PET 検査を受診された日以降の分をご記入ください。)

問1. 人間ドックや職場・市町村の検診を受けたことがありますか。最後に受けた日付や結果を記入して下さい。

	検査歴の有無	検査結果
肺 (レントゲン・CT)	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
胃 (カメラ・バリウム)	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
大腸 (カメラ・便検査)	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
前立腺	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
乳がん検診	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
子宮がん検診	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)
その他 ()	あり (年 月) なし	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし → (経過観察 / 治療内容:)

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、ポリープ切除、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. 他に現在治療中の病気はありますか。

はい → 疾患名

高血圧 ・ 高脂質血症 ・ 高尿酸血症 ・ 胃炎 ・ 食道炎
 便秘 ・ 心疾患 ・ 歯科
 その他 ()

いいえ

※裏面へつづく→

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

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7. 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8. 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9. 気になる部位や症状はありますか。

()

問7. 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)

<以下は検査当日にご記入ください>

・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