

# PET 検査 問診票 ( 再 診 )

回答日： 年 月 日

ふりがな

氏名：

生年月日： 年 月 日

前回 PET を受診されて以後の治療・検査・病状について、お尋ねします。

問1. 治療をされましたか？

はい（下記にお答え下さい） いいえ

治療内容：手術・放射線治療・抗がん剤・ホルモン治療・他（ ）

治療時期：

問2. 検査をされましたか？

はい（下記にお答え下さい） いいえ

検査内容：CT・MR・超音波・レントゲン・採血・他（ ）

検査日：

問3. 他に何か別の病気が出てきましたか？

はい（下記にお答え下さい） いいえ

病名：

いつ頃から：

問4. 現在、気になる症状がありますか？

はい（下記にお答え下さい） いいえ

症状の内容：

いつ頃から：

※裏面へ続く→

問5. 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6. 最近のけが（外傷、動物による咬み傷、かき傷など）、打撲、転倒などはありますか。

はい（下記にお答え下さい）                    いいえ

いつ：

どこに：

問7. 《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、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