

# PET 検査に関する問診票

平成 年 月 日

ふりがな		性別: 男・女	満年齢: 歳
氏名	ID番号:		

PET検査に際して、下記の該当する項目に必要な事項をもれなく記入、又は○印をつけてください。

1. 本日、PET検査のため4時間以上の絶食をしていますか。 はい・いいえ  
注) 問診1は、検査当日に受付で記入してください。
2. 今までにPET検査を受けたことがありますか。 はい・いいえ  
 受けたことがある方は、いつ頃受けましたか。 平成 年 月頃
3. PET検査を受けたことがある方は、その目的は何ですか。 検診・診療
4. 診療目的の場合、その疾患名及び手術を受けたことがあれば有無を記入してください。  
 疾患名: (現状: 完治・治療中)  
 手術の有無: 有・無 手術の時期: 平成 年 月頃
5. その他、上記以外に別の病気にかかったことがあればその疾患名、手術・放射線治療・化学療法等について記入してください。

疾患名と現状	手術の有無と時期	放射線治療の有無と時期
完治 治療中	有・無 平成 年 月頃	有・無 平成 年 月頃
日常生活等で何か気になることがあれば記入してください。		化学療法の有無と時期
		有・無 平成 年 月頃

疾患名と現状	手術の有無と時期	放射線治療の有無と時期
完治 治療中	有・無 平成 年 月頃	有・無 平成 年 月頃
日常生活等で何か気になることがあれば記入してください。		化学療法の有無と時期
		有・無 平成 年 月頃

疾患名と現状	手術の有無と時期	放射線治療の有無と時期
完治 治療中	有・無 平成 年 月頃	有・無 平成 年 月頃
日常生活等で何か気になることがあれば記入してください。		化学療法の有無と時期
		有・無 平成 年 月頃

6. 糖尿病と診断されたことがありますか。 はい・いいえ  
 糖尿病の方は、現在の治療法に○印をつけてください。 内服・インスリン・食事療法  
 日常生活等で何か気になることがあれば記入してください。

7. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠している可能性がありますか。 あり・なし  
 現在、生理中ですか。 はい・いいえ  
 乳房にしこりや痛みを感じたことがありますか。 あり・なし

8. 酒類について 毎日飲む (いつ頃から ) ・ 時々飲む ・ 飲まない

9. タバコについて 吸う (1日約 本) ・ 以前吸っていた (年数 年間) ・ 吸わない

10. 検査のため必要となりますので、身長・体重を記入してください。  
身長 ( cm) ・ 体重 ( kg)

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

PET検査 (適・否)

確認医師

印

< 一 般 問 診 票 >

1. 次の各項目ごとに1つ選んで□に✓をしてください。

a. 朝 食

毎日食べない 週に3・4回食べない 週に1・2回食べない 毎日食べる

b. 間 食

毎日食べる 週に3・4回食べる 週に1・2回食べる ほとんど食べない

c. 運 動

ほとんどしない 運動不足である 運動している方である 充分運動している

d. 睡 眠

眠れない 睡眠不足である（浅い眠り・夜中に起きる）  
眠れている方である（時々夜中に起きる） よく眠れる

2. 最近3ヶ月以内に次のような症状があれば、該当する箇所の□に✓をしてください。

- 食欲がない よく便秘をする 吐き気や嘔吐がある  
よく下痢をする 腹が張った感じがする 血便（赤または黒）がある  
上腹部が痛む 下腹部が痛む 痔がある
- 胸が締め付ける感じがする むくみがある（顔・足） 息切れがする  
安静時にも息苦しいことがある 動悸がする 不整脈（脈の乱れ）がある
- 疲れ易くだるい 血尿がある よく頭痛や頭重感がある  
排尿回数が多い わけもなく汗が多い 寝てから二度以上排尿のために起きる  
よく口が渇く 尿が出にくく排尿に時間がかかる 原因不明で急に太った  
原因不明で急にやせた 肩・背中・腰が痛む めまいがする  
眼が見えにくい 湿疹が出る 耳が聞こえにくい  
よく痰・咳（たん・せき）が出る 痰（たん）に血が混じる  
耳鳴りがする アレルギー体質である
- その他

この一般問診票に記載されている個人情報は、PET検査目的のために使用し、他の目的には利用いたしません。