PET/CT検査　問診表

こちらにお書きいただく内容については、診断のためにのみ使用させていただき、個人情報として厳重に管理いたします。正しい診断結果を得る為にも、可能な限り正確にお書きくださいますようお願い申し上げます。（なお、どうしても記載しにくい事項のある方は、検査前の説明の際に担当者に必ずお申し出ください。）

受診日	令和　　年　　月　　日	記入日	令和　　年　　月　　日
ﾌﾘｶﾞﾅ お名前		生年月日	M・T・S・H・R 年　　月　　日（　　）歳
ご連絡先	電話番号　　－　　－ 携帯電話　　－　　－		自宅・勤務先

病歴について

現在治療中の病気、今までにかかった病気がありましたらご記入ください。

病　　名	どんな治療をうけましたか？	
発病（　　）歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術（　　） ・薬（　　） ・その他（　　）
発病（　　）歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術（　　） ・薬（　　） ・その他（　　）
発病（　　）歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術（　　） ・薬（　　） ・その他（　　）
発病（　　）歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術（　　） ・薬（　　） ・その他（　　）
発病（　　）歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術（　　） ・薬（　　） ・その他（　　）

以下の質問にお答えください

① 喘息の有無（　ない　・　治療中　・　治療後　・　経過観察中　）

② 閉所恐怖症（　ない　・　ある　）

③ 体内に金属がある（　ない　・　心臓ペースメーカー　・　脳動脈瘤クリップ
・　骨折時ボルト　・その他【　　】　）

④ 肝炎にかかったことがある（　ない　・　ある　）

⑤ 糖尿病がある（　ない　・　ある　【使用されている薬品名　　】　）

⑥ 輸血したことがある（　ない　・　ある　）

⑦ 高血圧症がある（　ない　・　ある　【使用されている薬品名　　】　）

医師による確認事項（当院記入） □絶食５時間前（ジュースも不可） □降圧剤の服用（高血圧の方のみ）	ＢＷ	ＢＳ	Ｂｐ	Ｐ
問診コメント欄 医師名＿＿＿＿＿＿＿＿				