

# 【<sup>18</sup>F-FDG PET-CT検査 問診票】

患者番号 \_\_\_\_\_ 記入日 西暦 年 月 日

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

本人が記入出来ない場合  
代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

[身長: cm 体重: kg]

1. 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」の場合. . . 現在の治療方法は、  
無治療 食事・運動療法 内服 インスリン注射
2. これまでに、PET-CT検査を受けたことがありますか。 はい いいえ  
※「はい」の場合. . . いつ頃 ( 年 月頃 )
3. 約30分間の検査の間、安静に寝ていることが出来ますか。 いいえ はい
4. CT・MRI検査など、狭い場所は苦手ですか？ はい いいえ
5. 体内に金属や電子機器が入っていますか。 無し  
ペースメーカー ICD 脳動脈瘤のクリップ 義歯 ステント  
インスリンポンプ 人工関節 その他 ( )
6. 喫煙・飲酒の習慣について教えてください。  
・タバコ 吸わない 吸う ( 本/日× 年 )  
・アルコール 飲まない 飲む ( 毎日・時々 )
7. これまでに受けたことのあるすべての手術（骨折・蓄膿、盲腸、痔などを含む）・放射線治療・化学療法（抗がん剤治療）などがあれば、ご記入ください。

＜ 女性の方のみ、以下の質問にお答えください ＞

1. 月経はありますか。 はい いいえ ( 歳時閉経 )
2. 月経について  
・月経周期 ( 日 )  
・最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 ) ( 順・不順 )
3. 現在、妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ
4. 現在、授乳中ですか。 はい いいえ