

【<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  
※ピグアナイド系糖尿病薬（メトホルミン等）は、検査2日前から検査終了まで休薬してください。
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。 有り 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. 2週間以内に、G-CSF製剤の投与を受けましたか。 はい いいえ
8. 更衣、トイレ、移乗など介助なしで行動することができますか。 いいえ はい
9. 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