

PET/CT 検査問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

○PET/CT 検査を適切にお受けいただく為に、参考にさせていただきます。可能な範囲でお答えください。
○ご記入いただきました個人情報は、個人情報保護法を遵守し、目的以外に使用することも第三者に提供することも致しません。

●現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある → (_____)

●現在、内服中の薬はありますか？

ない・ある → (_____)

●体のどこかで気になる症状は（咳・たん・めまい・痛み等）ありますか？

ある方は具体的に（いつから、どのように）ご記入ください。

ない・ある → (_____)

●現在治療中の病気以外で、癌（悪性の病気）もしくは、癌以外の病気で手術や治療の経験がありますか？ある方は、病名を記載し、あてはまる治療法にチェックしてください。

(癌の病名 _____) 手術 化学療法 放射線治療 その他

(癌の病名 _____) 手術 化学療法 放射線治療 その他

(癌以外の病気 _____) 手術 その他

(癌以外の病気 _____) 手術 その他

●過去一年以内に、以下の検査を受けたことがありますか？

ある方は、あてはまるものにチェックをして、部位をご記入ください。

MRI (部位 _____) CT (部位 _____) 胃カメラ 大腸カメラ

●血縁関係（両親・兄弟姉妹・祖父母・子供）で癌（悪性の病気）の方はいますか？

いる方は、続柄、病名をご記入ください。

(_____)

●現在または過去に、喫煙習慣はありますか？

ない・ある → (_____ 歳から _____ 歳まで) (1日 _____ 本)

◇女性の方にお尋ねします。

●現在、生理中ですか？

はい・いいえ →最終月経日はいつですか？ (_____ 月 _____ 日)

●現在、妊娠している可能性がありますか？

ない・ある

以上、ご協力ありがとうございました。