**PET/CT検査 問診票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査日 | 月　　　日　**(　 )** | 時間 | **時 分** |
| 氏 名 | 　　　　　　　　様（ID：　　　　　　　　） | 男性 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 　歳　ヶ月 |
| 住 所 | **〒 -** |
| 電 話 | - - | 携帯電話 |  |

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

* 今までに「血糖が高い」、「糖尿病」と診断されたことがありますか？ 無　・　有

糖尿病や高血糖の方は、現在治療中ですか？ 治療中 ・　無

* 注射や採血の際に気分が悪くなったり倒れたりしたことがありますか？ 無　・　有
* 狭い場所がとても苦手、あるいは閉所恐怖症ですか？ 無　・　有

* 検査について、ご不安やお聞きになりたいことがありましたら、ご記入ください

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

スタッフ記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| 身長 | 　 | cm |  | 血糖値 | 　 | mg/dL |
| 体重 | 　 | kg |  | 投与時刻 | 　　　　　時　　　 | 分 |
| 最終飲食 | 　 | 時ごろ |  | 投与量 | 　 | MBq |
| ペースメーカー | 無 | 有 |  | 検査後 | ステプティ除去 | □ |
| 補聴器 | 無 | 有 |  | コメント | 　 | 　 |
| 金属類 | 無 | 有 |  | 　 |  | 　 |
| 妊娠・授乳 | 無 | 有 |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 高機能診断センター |  |  |  | PET検査室 |  |

 スタッフサイン　　　　　　　　　 　 スタッフサイン