

問診日 年 月 日

FDG PET 検査問診票

|     |  |
|-----|--|
| I D |  |
| 氏名  |  |

PET-CT 検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

|      |                             |                              |                                  |                              |                                 |
|------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 体 重  | kg                          | ※必須                          |                                  |                              |                                 |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 | <input type="checkbox"/> 車いす | <input type="checkbox"/> ストレッチャー | ※介助が必要な場合、同伴者をお願いします。        |                                 |
| 排泄方法 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 導尿  | <input type="checkbox"/> オムツ     | <input type="checkbox"/> ストマ | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

|                                                                                                                                        |                             |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. これまでに PET-CT 検査を受けたことはありますか？                                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 『はい』と答えた方（前回受けた施設： 、 年 月 日）                                                                                                            |                             |                               |
| 2. ICD（植込み型除細動器）が体内に入っていますか？                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 3. 糖尿病または血糖が高いと言われたことがありますか？                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 『はい』と答えた方 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服薬療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射療法 |                             |                               |
| 4. リブレ（持続自己血糖測定器）を使用していますか？                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 5. 狭いところが苦手（閉所恐怖症）ですか？                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 6. 検査日 1 週間以内にバリウム検査を受ける予定はありますか？                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 仰向けで 30 分安静 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（理由： ）                                                           |                             |                               |
| 7. 現在生理はありますか？                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 閉経した |
| 『はい』と答えた方 最終月経日（ 月 日 ～ 月 日）                                                                                                            |                             |                               |
| 8. 現在妊娠の可能性はありますか？                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 9. 現在授乳中ですか？                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ  |

＜以下女性の方のみお答えください＞  
上記問診の回答内容によっては検査ができない場合がありますので、ご了承ください。また注意事項が守られていないときも検査ができない場合がありますので、別紙検査説明書の注意事項をご確認ください。

PET-CT 同意書

- ・ PET-CT 検査では、放射性薬剤および CT 撮影による一時的な被ばくがありますが、急性放射線障害などの健康被害が起こる可能性はありませんので、安心して検査を受けてください。妊娠中・妊娠の可能性のある方、現在授乳中の方、小児の方については必ずその旨を申し出て、医師とご相談ください。
- ・ 予約変更、キャンセルの場合は検査日前日の 16 時まで地域医療連携室（公立八鹿病院 079-662-5555）に連絡してください（※前日が休日の場合は、検査前最終開院日 16 時まで）。  
これ以降は、薬剤料をお支払いいただく場合があります（自費負担のため約 5 万円）。

私は、上記内容に同意いたしました。

署名年月日： 令和 年 月 日

患者様署名

代理人署名 (続柄)

(連絡先) ※検査前日の 15 時から 17 時の間に注意事項確認のお電話をいたします。

電話番号 ( - ) 氏名 ( ) 続柄 ( )