

# PET-CT検査 問診票・同意書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

PET-CT検査を安全にお受けいただくために、以下の質問にお答え下さい。

1. PET-CT検査を受けるのは初めてですか？ はい・いいえ
2. 2週間以内に胃・大腸バリウム検査を受けましたか？ はい・いいえ  
※バリウムが体内に残っていると、検査ができない場合があります
3. 検査当日、起床して飲食されたものとその時間をご記入下さい。  
※検査直前の血糖値が高い場合、検査ができない場合があります  
飲食したものを： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 時頃)
4. がんの既往歴はありますか？ はい・いいえ  
⇒ 「はい」の方は、時期とがんの部位をご記入下さい。  
時期： \_\_\_\_\_ (例：「〇年前」「〇歳頃」など)  
部位： \_\_\_\_\_ (例：「食道」「直腸」など)
5. 狭いところが苦手と感じたことはありますか？ はい・いいえ
6. 女性の方は、以下の質問にお答え下さい。  
現在、妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ  
直近の生理時期をご記入下さい。 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)
7. 検査日の3ヶ月前までにワクチンの接種をしましたか？ はい・いいえ  
⇒ 「はい」の方はワクチンの種類と直近の接種日をご記入下さい。  

<input type="checkbox"/> コロナワクチン	<input type="checkbox"/> その他のワクチン
接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
接種部位： <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明	種類： _____
8. 血糖値が高いまたは糖尿病と言われたことがありますか？ はい・いいえ  
⇒ 「はい」の方はどのような治療をされていますか？  
 食事療法  内服療法  インシュリン投与  特にしていない
9. PET-CT検査で不安なことやご相談したいことがあれば、ご記入下さい。

別紙説明書、検査内容を理解した上で検査受診に同意します。

ID： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_