

アミロイドPET-CT検査問診票

date

ID.No

name

様

アミロイドPET-CT検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。

今までにPET-CT検査を受けたことがありますか？ いいえ はい わからない

「はい」と答えられた方のみお答え下さい。どちらの施設でPET検査を受けられましたか？

(年 月ごろ 施設名)

①.過去にアミロイドPET検査で副作用がでた事がありますか いいえ はい わからない

②.アルコール、お酒に対してアレルギーや過敏症はありますか いいえ はい

③.検査時に何かお手伝い(介助)は必要ですか？ いいえ はい

(「はい」の方
内容 :)

④.移動方法についてお尋ねします。

独歩 杖や歩行器などの補助具を使用 車椅子 ストレッチャー

⑤.今まで病気で入院されたり手術されたことはありますか？ いいえ はい

病名	かかった時期	どのような治療をしたか
	・現在治療中 ・() 歳頃	

⑥.心臓ペースメーカー等の体内機械を埋め込んでいますか？ いいえ はい わからない

⑦.妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい わからない

⑧.授乳中ですか？ いいえ はい わからない

※「はい」の方は、検査後24時間以内の授乳は控えてください。

⑨.PET検査を受ける上で何かあればお書き下さい。

記入者氏名

本人以外が記入した場合(続柄:)

検査日: 年 月 日 身長: cm 体重 kg

※お問い合わせは札幌東徳洲会病院 放射線科(Tel011-722-1110 内線2111)まで