**PET-CT検査問診票**

 **様　　　年齢 　　　　　　　 性別　　　男　・　女**

ID：　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　**※検査当日、当院で測定します**

検査日**：**　　　　　　　年 　　　月　 　　日

 　　　　　　　　 　　**身長 　　　　　ｃｍ　 　　　体重 　　　　　　　ｋｇ**

予約時刻(午前・午後)　　　　　時　　　　分

 **血糖値 　　　　ｍｇ／ｄｌ**　　　**血圧　　　 /　　　 mmHg**

　**\*検査2日前に事前連絡致します。必ず連絡が可能な患者様の電話番号を記載してください。**

携帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅：

以下の質問にわかる範囲でお答え下さい。□には、該当する項目に**レ**印を付けてください

1. 糖尿病・血糖値異常を指摘されていますか？ □　いいえ □　はい
2. 心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器を使用していますか？ □　いいえ □　はい
3. 閉所恐怖症がありますか？ □　いいえ □　はい
4. 今まで腫瘍やがんと診断されたことがありますか？ □　いいえ □　はい

「はい」の場合　 　いつ頃（　　　　　　 ）　病名（　　　　　　 　）

1. 今まで手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）をうけたことがありますか？

□　いいえ □　はい

「はい」の場合 手術はいつ頃　　　 （　　　 年　　　 月　　 　日）

放射線治療終了は　（　　　 年　　　 月　　 　日）

化学療法終了は　　 （　　 　年　　　 月　　　 日）

～女性の方のみ以下にお答えください。

　　　　　現在妊娠していますか　　　　□　いいえ □　はい

　　　　　現在授乳していますか　　　　□　いいえ □　はい

　　　　　月経について　　　　　閉経（　　 　）　 月経周期（　　　 日）

　　　　　　　　　　　　　　　　最終月経（　　 月　　 日～　　　 月　　 日）

　**ここからは当日記入してください**

|  |
| --- |
| 1. 最終の食事は何時頃ですか？ □　昨日 □　本日 　　　時頃
2. 食事の後に、糖分の入った飲料を飲みましたか？ □　いいえ □　はい
3. 昨日から現在までに運動をしましたか？　　　　　 □　いいえ □　はい

「はい」と答えた方は以下該当するものに○印をつけてください。散歩　体操　筋肉労働　水泳　カラオケ　マッサージ　スポーツジム　その他（　　　　　　　　　　　）1. 現在発熱（37.5℃以上）はありませんか？　　　 □無 □有　　体温（　　　　　　℃）
2. 現在、味覚、嗅覚の異常はありませんか？　　　 □無 □有
3. ２週間以内に患者様や同居人（帰省者含む）が、

新型コロナウイルスの特定警戒都道府県に滞在しましたか？　　□無 　　　　□有 |

　検査日**：**　　　　　　 年　 　　　　月　 　　　日　　　　　　　　担当看護師：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当 技師：