

PET 検査 問診票 (保険診療・自費診療用)

ふりがな _____ 回答日： 年 月 日

氏名： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

生年月日： 年 月 日

次の問いにお答えください

問 1 . ご病気について、主治医の先生から受けた説明を教えてください。

(ア) 病名

(イ) 治療内容

(ウ) P E T 検査の目的

問 2 . 手術を受けたことがありますか。

ない

ある いつ (年 月)

臓器 ()

診断 ()

問 3 . 血糖が高いと言われたことがありますか。

はい いいえ

問 4 . ご家族 (血族の方) に次の病気の方がいらっしゃいますか。

1 . 糖尿病 いいえ、はい どなたの ()

2 . がん いいえ、はい どなたのどこの ()

問 5 . 喫煙・飲酒の習慣について教えて下さい。

・タバコ 吸わない 吸う・吸っていた (1日____本 ____年)

・アルコール 飲まない 飲む (毎日 ・ 時々)