

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) PET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ください。

・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)