

受診前問診票 (CT, PET/CT, マンモグラフィー検査用)

氏名 () 年 月 日

1. 以下の検査を受けられた事がありますか? はい・いいえ

CT・MRI・アイソトープ検査・超音波検査・血管造影

そのとき何か副作用（じんま疹・吐き気など）がありましたか? はい・いいえ

副作用の内容 ()

2. アレルギー体質ですか? はい・いいえ

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・その他 ()

3. 薬でアレルギー（じんま疹・吐き気など）がでたことがありますか? はい・いいえ

薬の名前 ()

4. 何か病気で入院したり、長期通院したことがありますか? はい・いいえ

病名と時期 ()

5. 手術を受けた事がありますか? はい・いいえ

手術の内容と時期 ()

6. 体の中に何か金属が入っていますか? はい・いいえ

入れ歯（はずれる物）・ペースメーカー・人工関節
その他 ()

7. 現在服用中の薬はありますか? はい・いいえ

ある方 ()

8. タバコは吸われますか?

吸わない・禁煙した・時々・毎日

9. アルコールは飲まれますか?

飲まない・禁酒した・たまに・毎日必ず

10. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか? はい・いいえ

11. ご自宅に乳・幼児がみえますか? はい・いいえ

12. 今回の検査を指示された科や病院の次の受診日や入院日は決まっていますか?

月 日 受診予定 ・ 月 日 入院予定 ・ 未定

以下は、女性の方のみご記入下さい。

13. 妊娠中・もしくは妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ

14. 現在、授乳をされていますか? はい・いいえ

※ご回答内容は安全に検査を受けて頂くための資料として使用させていただき、それ以外の目的に利用することはありません。