ＰＥＴ－ＣＴ検査問診票

カナ			
氏名		生年月日	
		性別	
検査日	平成　　年　　月　　日（　　時　　分）		
来院方法	□ 独歩　□ 車椅子　（□ 自力歩行可　□ 不可）　□ ストレッチャー		
ペースメーカー	□ 無　□ 有		
アレルギー	□ 無　□ 有		
酸素	□ 不要　□ 要		
付属物	□ 無　□ 輸液　□ ドレーン　□ ストーマ　□ バルーン		
義歯	□ 無　□ 有　（ 脱着 ： □ 可　□ 不可 ）		
約20分間仰向けの姿勢が可能ですか	□ はい　□ いいえ		
閉所恐怖症	□ 無　□ 有		
糖尿病	□ 無　□ 有　（ インスリン治療： □ 有　□ 無 ）		
手術歴	□ 無　□ 有　（ 手術名：　　）		
透析していますか	□ はい　□ いいえ		
女性のみ 最終月経	（　　月　　日） 頃　□ 閉経		

平成　　年　　月　　日　　済生会西条病院