

# アミロイドPET/CT検査 問診票

こちらにお書きいただく内容については、診断のため  
のみ使用させていただきます、個人情報として厳重に管理  
いたします。正しい診断結果を得る為にも、可能な限り  
正確にお書きくださいますようお願い申し上げます。  
(記載しにくい事項のある方は、検査前の説明の際に  
担当者にお申し出ください。)

受診日	令和 年 月 日	記入日	令和 年 月 日
フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
お名前			年 月 日 ( )歳
ご連絡先	電話番号	—	自宅・勤務先
	携帯電話	—	

## 【病歴について】

現在治療中の病気、今までにかかった病気がありましたらご記入ください。

病名	どんな治療を受けましたか？	
発病 ( ) 歳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療中</li> <li>・ 経過観察</li> <li>・ 治癒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術 ( )</li> <li>・ 薬 ( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
発病 ( ) 歳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療中</li> <li>・ 経過観察</li> <li>・ 治癒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術 ( )</li> <li>・ 薬 ( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
発病 ( ) 歳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療中</li> <li>・ 経過観察</li> <li>・ 治癒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術 ( )</li> <li>・ 薬 ( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
発病 ( ) 歳	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療中</li> <li>・ 経過観察</li> <li>・ 治癒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術 ( )</li> <li>・ 薬 ( )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>

## 【以下の質問にお答えください】

- ① アルコール過敏症やアレルギーの有無 ( ない ・ ある )
- ② 閉所恐怖症 ( ない ・ ある )
- ③ 体内に金属がある ( ない ・ ある [脳動脈瘤クリップ・その他 ] )
- ④ 感染症がある ( ない ・ ある [ ] )

医師による確認事項 (当院記入)	BW	Bp	P
<input type="checkbox"/> アルコール過敏症やアレルギー			
問診コメント欄			
医師名			