

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
刃がナ お名前		生年月日	M・T・S・H・R 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	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 () ・薬 () ・その他 ()
発病 () 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 () ・薬 () ・その他 ()
発病 () 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 () ・薬 () ・その他 ()
発病 () 歳	・治療中 ・経過観察 ・治癒	・手術 () ・薬 () ・その他 ()

【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			