PET/CTがん検診 問診票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 検診日　平成　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　名  Ｍ･Ｔ  Ｓ・Ｈ |  |  | |
| 生年月日 | 年　 　月 　 　日 | 生 | 年齢　　　　　　　　　　歳 |

問診票の記入方法

１．記入もれやまちがいがあると、検診結果に支障をきたすことがありますので、正確にご記入ください。

２．あてはまる答えに○印をつけてください。

　　具体的な記入をするところもありますので、ご注意ください。

|  |
| --- |
| 個人情報の取扱いに関する事項  この検診により取得した個人情報は、次のとおり検診本来の目的に利用し、他の目的での利用はいたしません。  １．検診結果報告書ならびに検診受診者一覧表作成のために利用します。  ２．検診を円滑に進めるための受診予定者情報として利用します。  ３．今回の検診結果は、次回以降の検診の際に参考資料として利用します。  ４．この検診で実施した、検査・問診等のデータおよびその判定は、匿名化され、保健統計や学術的資料等に活用させていただくことがあります。  以上を確認し同意の上、問診票にご記入ください。  ご不明な点がありましたら、検診当日にご説明をいたします。 |

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～

佐久医療センター　スタッフ記入欄（検査日に記入します）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長 |  | cm |  | 血糖値 |  | mg/dL |
| 体重 |  | kg |  | 投与時刻 | 時 | 分 |
| 最終飲食 |  | 時ごろ |  | 投与量 |  | MBq |
| ペースメーカー | 無 | 有 |  | 検査後 | ステプティ除去 | □ |
| 補聴器 | 無 | 有 |  | コメント |  |  |
| 金属類 | 無 | 有 |  |  |  |  |
| 妊娠・授乳 | 無 | 有 |  |  |  |  |

高機能診断センター 　PET検査室

スタッフサイン　　　　　　　　　 　　　　スタッフサイン

１．これまでにかかった病気と生活習慣

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ  
  
  
　はい　　　いいえ

毎日　時々　飲まない

１合未満　　１～２合

２～３合　　３合以上

１）現在インスリン注射または血糖を下げる薬を使用している

２）現在血圧を下げる薬を使用している

３）現在コレステロールを下げる薬を使用している

４）医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある

５）医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある

６）医師から、慢性の腎臓病と言われたり、治療（人工透析）を受けたことがある

７）医師から、貧血と言われたことがある

８）この半年間で体重が３kg以上減った

９）たばこを吸っている

（６カ月以上吸っていて、最近１カ月も吸っている）

　　過去に吸っていた（　　　　年前に禁煙）

「はい」の方　　　　本/日　×　　　　年間

10）お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度

11）飲酒日の１日当たりの飲酒量はどのくらいですか

　清酒１合（180ml）の目安

　ビール中瓶１本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、  
ウイスキーダブル１杯（60ml）、ワイン２杯（240ml）

２．つぎの病気の中で、祖父母、実の父母、兄弟姉妹がかかった病気はありますか

あり（該当するものに○）　　なし

がん　（祖父、祖母、　父、　母、　兄、　弟、　姉、　妹）

どこのがん（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

高血圧　糖尿病　脂質異常症　高尿酸血症　脳出血・梗塞　狭心症・心筋梗塞　腎臓病

３．検査にあたっての確認事項

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

１）ペースメーカーや除細動器を装着している

２）狭い所がとても苦手、あるいは閉所恐怖症ですか

４．自覚症状（最近３ヵ月間）

１）咳や痰が続く　　　（血痰：　あり　・　なし）

２）胸やけ、胃もたれ、またはみぞおちが痛む

３）以前より便秘気味になった（　　　回/　　　日）

４）下痢気味である

５）便に血液が混じる

５．以下、女性の方に

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

はい　　　いいえ

１）閉経していますか

２）現在、月経中である　（　　　　日目）

（最終月経日　　　月　　　日）

３）出血が非常に多かったり、ひどい痛みがある

４）おりものに血が混じったり、月経以外に出血することがある

５）乳房にしこりを触れる

６）現在、授乳中である

７）現在、妊娠している可能性がある

６．その他、病気や手術をしたことがありますか（　あり　　なし　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な病気や手術 | いつ・何歳頃 | 医療機関名 |
|  |  |  |

７．現在治療中、または定期検査中の病気について（　あり　　なし　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療・検査中の病気 病名 | 医療機関名 | 通院治療の内容 |
|  |  |  |

８．現在、あなたの健康状態はいかがですか

　（　よい　　まあまあよい　　ふつう　　あまりよくない　　よくない　）

　特に気になる症状や医師に聞きたいことがあればご記入ください

|  |
| --- |
|  |

９．過去の検診結果について

過去に受けた人間ドックや健康診断で「精密検査を受けてください」という結果がでた方は、その内容についてお答えください

|  |  |
| --- | --- |
| 要精密検査になった時期と内容 | 精密検査を受けた場合は、その結果 |
|  |  |

問診は以上です。ご記入ありがとうございました。

**この問診票は検診当日に持参してください**

佐久医療センター 高機能診断センター



〒385-0051 長野県佐久市中込3400番地28　電話：0267-88-7956／FAX：0267-88-7219