

虎の門病院付属画像診断センター PET/CTがん検診申込書

■受診コース …… (A ・ B ・ C ・ D)コース

* 下記ご記入いただき、ご返送ください。

* 当センターからの連絡は 自宅電話 ・ 携帯電話 を優先。(ご希望の方に○をして下さい。)

フリガナ				(性 別)	男 ・ 女
氏名					
生年月日	年	月	日	才	
自宅住所	〒	—		TEL 携帯	[]
予約確定日時	年	月	日()	時	分 来院

検査目的	① 検診目的	②③の場合、できれば具体的にお書き下さい。
	② 現在治療中(または過去)の病気について 全身との関連をより詳しく知りたいため	
	③その他	

特に気になることがあれば、ご記入下さい。

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

下記について、**わかる範囲で**ご記入下さい。

心臓ペースメーカー／ 植込み型除細動器使用	無 ・ 有	* 有の方は検査できません。
閉所恐怖症	無 ・ 有	
妊娠の可能性	無 ・ 有	授乳の有無 無 ・ 有
糖尿病	無 ・ 有	空腹時血糖値 (mg/dl) HbA1C (%)
現在飲んでいる薬	無 ・ 有	種類 ()
自力歩行	可 ・ 不可	→ 車椅子 ・ 他()
30分の静止、1時間の安静	可 ・ 不可	*静止、安静ができない方は検査できません。
特殊項目	ドレーン・ストマ・導尿・その他()	
*ドレーン、ストマ、導尿中の方は完全自己管理できる方のみです。		

★虎の門病院又ドックを受診したことがありますか？ある方は、診察券番号をご記入下さい。

ない ある → 診察券番号は — — — [例] 1-234-567-8

★虎の門病院又ドックを受診したことがあると答えた方で、名字が変わられた方は旧姓をご記入下さい。

旧姓 _____

主治医の先生がおられましたら記入ください

病院名		診療科	
医師氏名		連絡先	

以上の内容は、問診票でお答えいただく内容と一部重複する箇所がありますが、事前に必要な情報ですので、ご了承ください。

虎の門病院付属画像診断センター 画像診断センター受付

FAX 03-6277-7035

* 画像診断センターチェック欄	事務	看護師
-----------------	----	-----

PET/CT がん検診問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

PET/CT がん検診を適切にお受けいただく為に参考にさせていただきます。可能な範囲でお答えください。
ご記入いただきました個人情報、個人情報保護法を遵守し、目的以外に使用することも第三者に提供することも致しません。

●現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある → ()

●現在、内服中の薬はありますか？

ない・ある → ()

●体のどこかで気になる症状は（咳・たん・めまい・痛み等）ありますか？

ある方は具体的に（いつから、どのように）ご記入ください。

ない・ある → ()

●現在治療中の病気以外で、癌（悪性の病気）もしくは、癌以外の病気で手術や治療の経験がありますか？ある方は、病名を記載し、あてはまる治療法にチェックしてください。

(癌の病名) ☐手術 ☐化学療法 ☐放射線治療 ☐その他 ()

(癌の病名) ☐手術 ☐化学療法 ☐放射線治療 ☐その他 ()

(癌以外の病気) ☐手術 ☐その他 ()

(癌以外の病気) ☐手術 ☐その他 ()

●過去一年以内に、以下の検査を受けたことがありますか？

ある方は、あてはまるものにチェックをして、部位をご記入ください。

☐MRI (部位 _____) ☐CT (部位 _____) ☐胃カメラ ☐大腸カメラ

●血縁関係（両親・兄弟姉妹・祖父母・子供）で癌（悪性の病気）の方はいますか？

いる方は、続柄、病名をご記入ください。

()

●現在または過去に、喫煙習慣はありますか？

ない・ある → (_____ 歳から _____ 歳まで) (1日 _____ 本)

◇女性の方にお尋ねします。

●現在、生理中ですか？

はい・いいえ →最終月経日はいつですか？ (_____ 月 _____ 日)

●現在、妊娠している可能性がありますか？

ない・ある

以上、ご協力ありがとうございました。