虎の門病院　PET/CTがん検診申込書

■受診コース ・・・・・ 自費診療（　A　・　B　・　C　・　D　）コース

＊下記ご記入いただき、至急ご返送ください。

＊当院からの連絡は　自宅電話　・　携帯電話　を優先。（ご希望の方に〇をして下さい。）

フリガナ			
氏名		（性　別）	男　・　女
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健診目的 ②現在治療中（または過去）の病気との関連を知りたい ③がんと診断されたため ④その他	②③④の場合、できれば具体的にお書き下さい。

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。

★虎の門病院又は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　核医学受付　　TEL:03-3588-1111　　FAX:03-3588-1207

PET/CT 検査問診票

氏名　　**生年月日**　　年　　月　　日（　　歳）

〇PET/CT 検査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。
〇ご記入いただきました個人情報は、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・過去に吸っていた・現在喫煙中　→（　　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。

2025.4