

# 検査チェックリスト

|            |    |    |             |   |         |
|------------|----|----|-------------|---|---------|
| 記入日： 年 月 日 | 男  | 生年 | 大正・昭和・平成・令和 |   |         |
| 氏名：        | 女  | 月日 | 年           | 月 | 日 (満 歳) |
| TEL：       | 体重 | kg | 次回診察日       |   |         |

| 質問事項  | 回答欄                |            |
|---|--------------------|------------|
| ●PET・MR・CTの検査を受けたことがありますか？                          | はい (PET・MR・CT)     | いいえ        |
| ●上記で「はい」と答えた方は、<br>検査中に気分が悪くなった事がありますか？             | はい (検査名 )<br>(症状 ) | いいえ        |
| ●狭いところや、暗いところが苦手である。                                | はい                 | いいえ        |
| ●取り外しのできる入れ歯 (義歯) をしている。                            | はい                 | いいえ        |
| ●補聴器を使用している。  | はい                 | いいえ        |
| ●血圧の薬を服用している。                                       | はい                 | いいえ        |
| ●普段の血圧を分かる範囲でお書きください。                               | ( / )              |            |
| ●緑内障と言われたことがある。                                     | はい                 | いいえ        |
| ●甲状腺が悪いと言われたことがある。                                  | はい<br>(病名 )        | いいえ        |
| ●心臓の病気 (不整脈など) と言われたことがある。                          | はい<br>(病名 )        | いいえ        |
| ●糖尿病と言われたことがある。                                     | はい                 | いいえ        |
| ●肝臓病と言われたことがある。                                     | はい<br>(病名 )        | いいえ        |
| ●腎臓病と言われたことがある。                                     | はい<br>(病名 )        | いいえ        |
| ●人工透析をしている。   | はい                 | いいえ        |
| ●薬、食物などでアレルギーを起こしたことがある。<br>またはアレルギーの家族がいる。         | はい<br>(薬剤名 )       | いいえ        |
| ●喘息と言われたことがある。                                      | はい                 | いいえ        |
| ●上記で「はい」と答えた方は、<br>最後に喘息発作を起こした日をご記入ください。           | ( 年 月 日 )          |            |
| ●男性の方にご質問します。<br>前立腺肥大と言われたことがある。                   | はい                 | いいえ        |
| ●女性の方にご質問します。<br>・現在、妊娠中またはその可能性がある。<br>・現在、授乳中である。 | はい<br>はい           | いいえ<br>いいえ |
| ●手術歴がある。<br>「はい」の方は、いつ頃・どこで・どの部位の手術を受けましたか？         | はい<br>( )          | いいえ        |
| ●ペースメーカー (人工心臓) がある。                                | はい                 | いいえ        |
| ●体内金属 (クリップ、ワイヤー、ボルト、人工関節、<br>避妊リングなど) がある。         | はい<br>(種類 )        | いいえ        |

わかりにくい事や、質問はお気軽に職員にお聞きください。