

- 必要事項をご記入の上、速やかにFAXしてください。
- 原本については、検査日の4日前までに当院へ郵送してください。

[山形済生病院提出用]

アミロイドPET検査に関する問診票

よりスムーズにアミロイドPET検査を行うために、ご提出ください。

		記入日 :	年	月	日
ふりがな		大正			
氏名	生年月日	昭和	年	月	日
		平成			
		令和			
			(歳)
住所 〒					
TEL () —					
携帯 () —					
検査中の緊急連絡先(本人以外)					
氏名 _____		(続柄) _____	TEL ()	—	
			携帯 ()	—	

【1】 アルコール、お酒に対しアレルギーや過敏症はありますか。

いいえ はい

【2】 閉所恐怖症(狭いところが苦手)はありますか。

いいえ はい

“はい”の方はアミロイドPET検査を行うことができません。
 当院では安定剤等の処方は行っておりません。検査前日までに主治医にご確認ください。

【3】 移動方法についてお尋ねします。

独歩 杖や歩行器などの補助具を使用 車椅子

【4】 検査時に何かお手伝い(介助)は必要ですか。

いいえ はい

()

【5】 頭部に機器や金属がありますか。

いいえ はい (脳動脈瘤クリップ・入れ歯・カツラ・その他())

【6】 検査撮影の約30分間、安静に仰向け(天井向き)の姿勢が保てますか。

いいえ はい

“いいえ”の方はアミロイドPET検査を行うことができません。
 検査前日までに主治医にご確認ください。

ご記入いただいた内容は、検査・診断以外の目的には使用いたしません。

山形済生病院 PET/CTセンター

TEL 023-682-1112 FAX 023-682-0320