



# <sup>68</sup>Ga-PSMA PET-CT検査問診票

※下記、太枠内は当院にて記入します。

検査前にあらかじめ下記についてご記入下さい。

体温	℃
体重	kg

フリガナ 氏名 身長: cm 体重: kg  
 生年月日: 年 月 日 ( 歳)

## 1.現在の気になる症状・心配なことは何ですか？

## 2.現在、痛いところがありますか？

いいえ  はい ( 部位: )

痛み止めの薬の名前をわかる範囲でご記入ください ( )

※検査当日検査室内へ痛み止めの薬をお持ち下さい

## 3.現在、治療中および治療予定の前立腺疾患について

【病名】	【時期】	【治療方法】
	<input type="checkbox"/> 現在も治療中	<input type="checkbox"/> 手術 ( 年 月ごろ )
	<input type="checkbox"/> ( 年: 歳 )	<input type="checkbox"/> 薬物療法 ( 年 月ごろ )
		<input type="checkbox"/> 放射線治療 ( 年 月ごろ )
		<input type="checkbox"/> ホルモン療法 ( 年 月ごろ )
		<input type="checkbox"/> 化学療法 ( 年 月ごろ )
		<input type="checkbox"/> 内服治療
		<input type="checkbox"/> 経過観察

## 4.その他の、現在治療中および今までかかった病気・ケガについて

【病名】	【時期】
	<input type="checkbox"/> ( 年: 歳 )
	<input type="checkbox"/> ( 年: 歳 )
	<input type="checkbox"/> ( 年: 歳 )

## 5.検査歴等の事前情報について

PET検査を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 年 月 日 )
1週間以内に、消化管バリウム検査を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 年 月 日 )
唾液腺に関して異常を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
閉所恐怖症がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい